



**5º curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Saúde Mental e
Psiquiatria**

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**Promoção do conforto na pessoa com doença
mental: Uma proposta de intervenção em
Enfermagem especializada**

Maria João Lino Raimundo

LISBOA

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**5º curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Saúde Mental e
Psiquiatria**

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**Promoção do conforto na pessoa com doença
mental: Uma proposta de intervenção em
Enfermagem especializada**

Maria João Lino Raimundo

Orientador:

Professor Doutor Luís Nabais

Co-orientador:

Mestre Jordão Abreu

Lisboa

2015

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas
Que já têm a forma do nosso corpo e esquecer os nossos caminhos
Que nos levam sempre aos mesmos lugares...
É o tempo da travessia e, se não ousarmos fazê-lo,
Teremos ficado para sempre à margem de nós mesmos”

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTO

Quero deixar expressa a minha sincera gratidão:

Ao Professor Jordão Filipe Abreu pela sua disponibilidade, incentivo, dedicação, paciência e amizade. Obrigada por ter “puxado “ por mim.

Aos utentes e suas famílias, que pelas experiências proporcionadas permitiram o desenvolvimento das minhas competências profissionais e pessoais.

A todos os professores e colegas que durante o curso me apoiaram e enriqueceram a minha experiência académica.

Um obrigado especial à Enfermeira Vânia Baptista, “minha mestra”, pelo carinho, dedicação, apoio, partilha, e essencialmente por ter um coração do tamanho do mundo e me ter ensinado a “estar” com os utentes como nunca tinha estado.

À minha família e aos meus amigos do coração (vocês sabem quem são), que mesmo do outro lado do Atlântico me deram o seu apoio incondicional.

Um especial agradecimento aos meus colegas e amigos Alexandra Espírito Santo e Marco Mendonça (Srs. Mestres Especialistas), pelo empurrãozinho especial.

À minha princesinha Andreia Dias pela sinceridade e disponibilidade e à minha Patrícia Pereira, por toda uma catarse conjunta ao longo deste curso.

Ao Tiago Brazio, que sem a sua ajuda, eu e o Excel nunca teríamos combinado.

Ao Élio Miguel, que acompanhou intimamente este percurso, partilhou as coisas boas e más que surgiram nesta fase da minha vida e por ter sido, sem dúvida, quem mais me criticou ao longo deste percurso.

Vocês foram essenciais para a minha saúde mental!

LISTA DE SIGLAS

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNRSSM- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental

DGS- Direção Geral de Saúde

ECIP- Escala de conforto em Internamento Psiquiátrico

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FMEA- Failure Mode and Effects Analysis

HD- Hospital de Dia

HTP- Home-Tree-Person

MDAIF- Modelo Dinâmico da avaliação e intervenção familiar

NIC- Nursing Interventions Classification

NOC- Nursing Outcomes Classification

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PAB- Perturbação Afetiva Bipolar

PPAA- Programa Piloto de Apoio Ambulatório

PTI- Programa Terapêutico Individualizado

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RPN- Risk Priority Number

SETA- Serviço de Estabilização e Triagem de Agudos

RESUMO- Com este relatório pretendemos descrever criticamente a nossa experiência ao longo do estágio clínico realizado para a aquisição de competências específicas de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria. Este aconteceu numa instituição psiquiátrica de Lisboa, predominantemente em contexto de hospital dia, onde prestamos cuidados de enfermagem especializados a um grupo de utentes. Tivemos também uma breve passagem em internamento de agudos, onde aperfeiçoamos capacidades de governação clínica. O percurso foi inspirado conceptualmente na Teoria do Conforto de Kolcaba (1991) e operacionalizado seguindo a metodologia do trabalho de projeto que previa as etapas de diagnóstico, intervenção clínica e avaliação de resultados. Verificámos no grupo de utentes do hospital dia maiores necessidades de conforto nos contextos psicoespiritual e físico, nos domínios da transcendência e tranquilidade e no contexto sociocultural a nível da transcendência e do alívio. Segundo a literatura consultada este diagnóstico é compatível com sentimentos de desespero, inquietude, tensão muscular, falta de sentido para a vida, de confiança em si e dificuldades no relacionamento interpessoal. Foi proposta a realização de intervenções compensadoras, passando pelo reforço da autoestima, espiritualidade e relações sociais, atividade física e treino de relaxamento progressivo, dinâmicas de grupo e acompanhamento individual. Da avaliação dos resultados concluímos que o grupo aumentou subjetivamente a perceção da ajuda recebida, e teve uma redução mensurável nas necessidades de conforto. A análise FMEA, realizada no serviço de internamento de agudos, permitiu determinar que os principais incidentes relacionados com os cuidados de conforto se situam ao nível das necessidades de tranquilidade e transcendência, nomeadamente, na elevada ocorrência de sentimentos de tristeza, medos e receios perante a doença psiquiátrica e tratamento, bem como, na deficiente preparação para a alta face a ausência de um projeto de vida. Estes resultados foram apresentados e discutidos com a equipa multidisciplinar, procurando soluções que possam melhorar a prestação de cuidados. Acreditamos que a realização deste estágio clínico permitiu-nos desenvolver, de forma consistente e aprofundada, as principais competências específicas propostas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), para a especialidade de enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Palavras-chave: Necessidades de Conforto; Intervenções de enfermagem; Ganhos em saúde

ABSTRACT

With this report we intend to describe critically, our experience during clinical training for the acquisition of specific skills of nurse specialist in mental health and psychiatry. This happened in a psychiatric institution in Lisbon, predominantly in the context of day hospital, where we provide specialized nursing care to a group of patients. We also had a stint in acute department, where we improved clinical governance capabilities. The route was inspired conceptually in the Theory of Comfort of Kolcaba (1991) and operated following the design work methodology which provided the steps of diagnosis, clinical intervention and assessment results. We checked into the day hospital patients group greater comfort needs in the psycho-spiritual and physical contexts in the fields of transcendence and tranquility and socio-cultural context in terms of transcendence and relief. According to the literature this diagnosis is compatible with feelings of hopelessness, restlessness, muscle tension, lack of meaning in life, of confidence and difficulties in interpersonal relationships. It was proposed to carry out interventions rewarding, through enhanced self-esteem, spirituality and social relationships, physical activity and progressive relaxation training, group dynamics and individual monitoring. The evaluation of the results conclude that the group subjectively increased the perception of the aid received, and had a measurable reduction in comfort needs. The FMEA analysis, conducted in the acute department, established that the main incidents related to comfort care are at the level of tranquility and transcendence needs, in particular by the high occurrence of feelings of sadness, fears and fears before the psychiatric illness and treatment as well as in poor preparation for discharge face the lack of a life project. These results were presented and discussed with the multidisciplinary team, looking for solutions that can improve care. We believe that achieving this clinical stage enabled us to develop, in a consistent and thorough way, the core competencies specific proposals by the Order of Nurses, for specialty nursing mental health and psychiatry.

Keywords: Comfort needs; Nursing interventions; Health earnings

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. PERCURSO METODOLÓGICO	9
2.1. Procedimentos e instrumentos	10
3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO CONFORTO	13
3.1. Acompanhamento de um grupo em HD.....	13
3.1.1. Contextualização do serviço de HD	13
3.1.2. Características do grupo	14
3.1.3. Necessidades identificadas	17
3.1.4. Atividades desenvolvidas com o grupo	19
3.1.5. Avaliação dos ganhos em saúde	25
3.2. Acompanhamento individual.....	29
3.3. Identificação de falhas nos cuidados de conforto em internamento de agudos.....	35
3.3.1. Contextualização do serviço de internamento de agudos.....	35
3.3.2. A análise FMEA	36
3.3.3. Outras Intervenções desenvolvidas	42
4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	46
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice I- ECIP (modificada)

Apêndice II- Entrevistas semiestruturadas

Apêndice III- Consentimento Informado

Apêndice IV- Gráficos resultantes da aplicação da ECIP 51

Apêndice V- Plano de Intervenções estruturadas de enfermagem

Apêndice VI- Intervenção estruturada de enfermagem- Sessão EPS

Apêndice VII- Brainstorming resultante da sessão de esclarecimento¹⁵

Apêndice VIII- Intervenção estruturada de enfermagem- “O pássaro da alma”

Apêndice XIX- Intervenção estruturada de enfermagem- “A maior maravilha do mundo”

Apêndice X- Intervenção estruturada de enfermagem- “Reconstruindo a autoestima”

Apêndice XI- Intervenção estruturada de enfermagem- “atividade física e relaxamento”

Apêndice XII- Intervenção estruturada de enfermagem- “Treinando a assertividade”

Apêndice XIII- Estudo de caso

Apêndice XIV- Plano da sessão de formação em serviço

Anexo I- ECIP 51

Anexo II- Escala de Avaliação de Espiritualidade em Contexto de Saúde

Anexo III- Escala da Autoestima de Rosenberg

Anexo IV- Contrato terapêutico do HD

Anexo V- Programa de atividades do HD- Grupo II

Anexo VI- Guia da sessão de relaxamento muscular progressivo de Jacobson adaptado utilizado no HD

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Necessidades de conforto identificadas (avaliação inicial)	17
Gráfico 2- Necessidades de conforto identificadas (avaliação final)	25

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Critérios para os indicadores de risco da FMEA	11
Tabela 2 - Caracterização socio-biográfica e clínica do grupo	15
Tabela 3- Principais necessidades de conforto no HD.....	18
Tabela 4 - Principais abordagens terapêuticas e respectivos ganhos em saúde.....	28
Tabela 5- Plano de Cuidados	31
Tabela 6- FMEA- Cuidados de conforto em serviço de psiquiatria de agudos	38

ÍNDICE DE FÍGURAS

Figura 1- Estrutura Taxonómica do Conforto	5
--	---

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do Estágio do V Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no ano letivo 2014/2015, onde desenvolvemos um projeto de intervenção clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com dois grupos de utentes internados numa instituição psiquiátrica da região de Lisboa, nos contextos de internamento de agudos e de Hospital de Dia (HD).

Como temática central deste projeto selecionamos os cuidados de conforto na pessoa com doença mental e que intervenções de enfermagem podem ser implementadas para a promoção do mesmo.

Para tal, inspirámo-nos na Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba (1991), onde *confortar* ou *comfort care* é uma arte de enfermagem que compreende “o processo de confortar ou um processo quando o seu correspondente resultado, aumento do conforto, é alcançado” (Kolcaba, 2003: 25). A mesma autora desenvolveu a estrutura taxonómica do conforto, em que este decorre em quatro contextos (*psicoespiritual, sociocultural, físico e ambiental*) e em três estados (*alívio, tranquilidade e transcendência*).

Tendo em conta a raiz etimológica do termo, o dicionário da língua portuguesa contemporânea (Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa, 2001), refere que o termo *conforto* é um derivado regressivo de confortar, que significa auxílio, apoio numa aflição, numa situação de dor, de infelicidade; ato ou efeito de confortar; ajuda, consolação, consolo.

Confortar, do latim *confortare*, significa restituir as forças físicas, o vigor e a energia, tornar forte, fortalecer, revigorar (Apóstolo, 2010), dar alento de forma nobre ou grandiosa (Kolcaba, 1991). *Com* é originado de *cum*, que significa *em conjunto*, e de *fortis*, que significa *forte*. Neste sentido, Apóstolo (2009) sugere que conforto significa *forte em conjunto*.

Du Gas (1974), considera o conforto um estado de prazer e bem-estar e Price (1965), refere-se ao conforto como o bem-estar físico e mental, alcançado com o descanso físico, paz mental e espiritual. Na mesma linha, Francis & Munjas (1979) descrevem o conceito como um sentimento de consolo, encorajamento e paz. Segundo Rosa *et al* (2008), o conforto é uma experiência subjetiva que transcende a dimensão física,

porque inclui componentes físico-psicológico-social-espiritual e ambiental, ao mesmo tempo.

Na literatura científica, o conforto surge em áreas de atividade industrial como as relacionadas com a engenharia e com as indústrias: têxtil, do calçado, do desenho de equipamentos e ergonomia, e de criação e manutenção de ambientes confortáveis (temperatura e ventilação). O termo é utilizado também em alguns estudos etnográficos, históricos e no campo da educação.

Contudo, enquanto fenómeno em saúde, parece restringir-se ao universo da enfermagem, o que o torna um foco próprio da disciplina. Noutras disciplinas, como a psicologia e a medicina o conceito “próximo” mais estudado é, geralmente, o de “bem-estar” (Oliveira, 2011).

De facto, desde os primórdios da profissão, o conforto é uma meta do cuidado e um conceito presente em toda a história da enfermagem (Nightingale, 2005; Collière 1999), sendo uma das ações contidas no processo de cuidar e um domínio de competência do enfermeiro. Este facto está presente em várias teorias e para autores como Benner, Morse, Peplau, Roy, Orlando, Madeleine Leininger, Jean Watson, Katherine Kolcaba, entre outros, que consideraram o conforto como um conceito nobre em enfermagem.

Tradicionalmente ligado à dimensão física da pessoa, o conforto surge frequentemente associado aos cuidados de higiene, posicionamento corporal e controlo da dor. Contudo, este parece ser um processo bem mais abrangente, nomeadamente, quando é considerado como um processo de cuidados que visa contribuir para o conforto holístico da pessoa (Kolcaba, 1994; Kolcaba & Steiner, 2000; Kolcaba; 2003), ou quando é perspectivado como um processo que constitui “uma parte integral do cuidado de enfermagem, que é promovido em resposta às exigências de *stress* do doente (...)” (Morse, 2000).

Fazendo uma breve perspetiva histórica, no início da era cristã e Idade Média, a enfermagem era obra de misericórdia para a salvação da alma, e o conforto era a sua meta. Prestavam-se cuidados ao corpo (higiene, curativos, alimentos), como obra de caridade e conforto espiritual e não para obter a cura. Importava o conforto da alma do paciente para a sua salvação (Mussi, 2005).

Nos séculos XVII a XIX, com as mudanças na medicina, e nos hospitais onde esta passa a ser dominante, a noção de conforto modifica-se. O médico centra-se

progressivamente no estudo do corpo, deixando as questões do ambiente para as enfermeiras. Estas passam a cuidar do ambiente, e já não tanto do espírito, e a executar as ordens médicas, ficando o conforto da pessoa dependente dessas situações (Mussi, 2005).

Já no século XIX, segundo Nightingale (2005), vários dos aspetos sugeridos para o trabalho da enfermeira, são intervenções que quer a nível ambiental, quer físico, psicossocial e até espiritual, visavam a promoção da saúde e do conforto da pessoa doente. No século XX, entre 1900 e 1929, o conforto foi o foco central e imperativo moral da enfermagem (McIlveen & Morse, 1995), e uma boa enfermeira, aquela que era recomendada, era a que conseguia por o seu cliente confortável, sendo as intervenções de conforto essencialmente físicas e sobre o ambiente (Mussi, 2005).

Orlando (1961) vê o conforto como um foco do papel da enfermagem para satisfazer as necessidades humanas, sendo da responsabilidade do enfermeiro aliviar o mal-estar físico ou mental da pessoa, pelo que se torna fundamental identificar as suas perceções quanto às suas necessidades, desejos e expectativas. Para Benner (2001), o conforto é olhado como uma competência do enfermeiro e um objetivo (resultado) da intervenção do mesmo.

Peplau (1990), considerou o conforto como central na ação dos enfermeiros e satisfação das necessidades das pessoas, como também Roy a deixa implícito no seu Modelo de Adaptação, estudando as necessidades de conforto psicológico e as respetivas medidas para o aumentar, considerando que a obtenção de um maior nível de conforto é objetivo único da intervenção (Apóstolo, 2007). Leininger (1988), à luz da sua Teoria Transcultural, diz-nos que o conforto é um constructo “major” da taxonomia do cuidar. Torna-se fundamental enquadrá-lo no contexto cultural, isto é, ter em conta o significado que cada pessoa, família ou grupo lhe atribui para que se possam prestar cuidados holísticos, culturalmente congruentes, de acordo com as necessidades e, por isso, considerados de qualidade.

Morse (1992), define conforto como “o estado de bem-estar que pode ocorrer durante qualquer estágio do contínuo saúde-doença (...) conforto é a marca para o estado final da ação terapêutica por uma pessoa” (Morse, 1992: 93).

Na Teoria Humana de Cuidar de Watson (2002), o conforto é visto como um aspeto importante, na medida em que permitirá responder à unicidade da pessoa. Com uma orientação existencial e fenomenológica, esta teoria reconhece que os cuidados de

enfermagem devem procurar ajudar a pessoa a encontrar um significado para a sua existência obtendo um grau de harmonia ao nível da “mente-corpo-espírito”, e, considera o conforto uma variável resultante do cuidado, além de uma área de intervenção do processo de cuidar que a enfermeira, através de diferentes atividades como o suporte, a proteção ou a correção do desenvolvimento da própria pessoa.

Pinto & Conceição (2008) consideram que atualmente os contextos em que os enfermeiros referem prestar cuidados de conforto aparecem associados aos contextos físico, psicoespiritual e sociocultural, sendo a maior parte associada ao contexto físico. Apóstolo (2009) corrobora este facto, referindo que muitas vezes o conforto se encontra relacionado com a dimensão física da pessoa, embora, tendo em conta sua centralidade na e para a enfermagem, o conceito transcende esta dimensão.

Assim, o conforto é um resultado do cuidado e uma área de intervenção no processo de cuidar, enquanto aspeto central na satisfação das necessidades das pessoas e na ação de enfermeiro (Apóstolo, 2009; Benner, 2001). A promoção do conforto é uma intervenção autónoma de enfermagem que pode ser incluída no plano de cuidados dos utentes, onde riscos desta intervenção, desde que clinicamente acompanhada, são inexistentes, prevendo-se uma relação custo-benefício positiva. (Apóstolo et al 2012).

No que diz respeito à Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, esta sustenta que em situações de cuidados de saúde stressantes, as necessidades de conforto são satisfeitas pelos enfermeiros. A autora desenvolve este processo definindo o conforto como “a experiência de ter alcançado as necessidades humanas básicas de tranquilidade, alívio e transcendência (Kolcaba, 1991) e, mais tarde, como “a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem de situações causadoras de *stress*, em cuidados de saúde nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2010, 1994).

Na sua estrutura taxonómica, esta teoria considera o conforto em duas dimensões (Figura 1) que são baseadas nas necessidades dos utentes, sendo o conforto atingido quando estas estão satisfeitas.

A primeira dimensão representa a intensidade da satisfação, ou não, das necessidades de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência). O *alívio* é o estado em que uma necessidade foi satisfeita, sendo necessário para que a pessoa

restabeleça o seu funcionamento habitual; a *tranquilidade* corresponde a um estado de calma ou de satisfação e é necessárias para um desempenho eficiente; a *transcendência* é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planejar, controlar o seu destino e resolver os seus problemas. Este tipo de conforto é também chamado de renovação.

A segunda dimensão é relativa aos contextos em que o conforto é experimentado (físico, psicoespiritual, ambiental e social) (Kolcaba,1991;1994). O *contexto físico* diz respeito às sensações corporais; o *contexto psicoespiritual* diz respeito à consciência de si, incluindo a autoestima e o autoconceito, sexualidade e sentido de vida, podendo também envolver uma relação com uma ordem ou ser superior; o *contexto sociocultural* diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais; o *contexto ambiental* envolve aspetos como a luz, barulho, equipamento (mobiliário), cor, temperatura, e elementos naturais ou artificiais do meio.

Figura 1- Estrutura Taxonómica do Conforto

Estados Contextos	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	Alívio Físico	Tranquilidade Física	Transcendência Física
“Psicoespiritual”	Alívio Psicoespiritual	Tranquilidade Psicoespiritual	Transcendência Psicoespiritual
Ambiental	Alívio Ambiental	Tranquilidade Ambiental	Transcendência Ambiental
Sociocultural	Alívio Sociocultural	Tranquilidade Sociocultural	Transcendência Sociocultural

Fonte: Kolcaba, K. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. Image: Journal Of Nursing

Os pressupostos básicos desta teoria são: os seres humanos têm respostas sistémicas a estímulos complexos; o conforto é um resultado sistémico desejável relativo à disciplina de enfermagem; os seres humanos lutam para satisfazer as suas necessidades básicas de conforto ou para que as satisfaçam; o conforto melhorado proporciona ânimo aos doentes para empreenderem os comportamentos de procura de saúde (Health Seeking Behaviors) da sua escolha; os doentes a quem são concedidos poderes para assumirem ativamente os seus comportamentos de procura de saúde, estão satisfeitos com os seus cuidados de saúde; a integridade institucional

baseia-se num sistema de valores orientado para os recetores de cuidados. (Apóstolo, 2010; Kolcaba, 2001, 2010; Mussi, 1996).

Para Kolcaba (2001) o conforto, como teoria de médio alcance atende a critérios tais como: os seus conceitos e proposições são específicos para enfermagem; é prontamente operacionalizável; pode ser aplicada a múltiplas situações; as proposições podem variar do causal para o associativo, dependendo da sua aplicação; os pressupostos vão de encontro à teoria.

O aumento conforto é um exercício completo quando tem subjacente um processo de conceptualização e de operacionalização. Assim, a teoria do conforto permite explicar e predizer fenómenos de interesse nas respostas humanas ao percurso saúde-doença, contribuindo também para uma avaliação fundamentada dos cuidados e medição dos resultados das intervenções (Apóstolo *et al*, 2007).

Em relação ao contexto de HD psiquiátrico, ainda são muitas as indagações e a falta de pesquisas tem sido denunciada por autores como Mussi (1994). Este facto, aliado a uma intenção de futuramente integrar uma equipa de enfermagem em HD psiquiátrico, leva-nos a querer perspetivar ainda mais a viabilidade das intervenções promotoras de conforto nestes utentes. Lima e Botega (2001) verificaram que no âmbito do HD de Psiquiatria é frequente sintomatologia psiquiátrica como ansiedade, tensão e humor deprimido e referenciam fatores relevantes neste contexto como a incapacidade psicossocial, o isolamento social e a diminuição de atividades gerais e domésticas.

Parece-nos importante referir que de acordo com o Relatório Mundial de Saúde, emitido pela OMS (2001), a prestação de cuidados às pessoas com perturbações mentais crónicas com base na comunidade tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida que o tratamento institucional. Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde Mental para 2007-2016 (Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008) indicia insuficiências graves nos serviços de saúde mental no que respeita à acessibilidade, equidade e qualidade dos cuidados, verificando-se que o internamento continua a consumir a maioria dos recursos, apesar das intervenções na comunidade serem mais efetivas.

Relativamente ao serviço de internamento psiquiátrico, a literatura refere que os utentes experienciam uma condição de desconforto relacionado com os sintomas que resultam da doença e do internamento em si mesmo (Apóstolo *et al* 2012). Apesar de

necessário para o restabelecimento da saúde, o internamento pode também ser responsável pela separação da pessoa do seu contexto e das suas circunstâncias, gerando, a par com a doença, sofrimento e desconforto. Perante esta evidência, optamos neste estágio pelo desenvolvimento de competências a nível da governação clínica, no sentido de identificar áreas prioritárias de intervenção no conforto e promover a qualidade dos cuidados de conforto prestados, através da sensibilização da equipa de enfermagem. Pretendemos ainda neste serviço de internamento participar nas atitudes e projetos associados ao mesmo, como o grupo de famílias, projeto Petrarca e programa piloto de apoio ambulatorio (PPAA).

Desta forma definimos como objetivos gerais:

- Implementar intervenções de cariz psicoterapêutico que satisfaçam as necessidades do conforto, individuais e de um grupo de utentes internados em HD.
- Identificar falhas ou incidentes relacionados com o atendimento de necessidades de conforto em contexto de internamento de agudos.

Como objetivos específicos, pretendemos:

- Mensurar necessidades de conforto nos utentes do HD
- Planear e executar intervenções estruturadas de enfermagem
- Avaliar resultados e ganhos e em saúde relacionados com as intervenções
- Determinar o grau de ocorrência, deteção e gravidade de incidentes relativos à prestação de cuidados de conforto em internamento de agudos

De forma a concretizar mais facilmente estes objetivos, mobilizamos para este estágio clínico a metodologia do trabalho de projeto definida por Mendonça (2002). Este prevê a possibilidade de estruturar um determinado problema ou questão de aprendizagem em questões ou problemas parcelares que vão sendo resolvidos sucessivamente. Neste trabalho o problema central de partida consiste em implementar intervenções de conforto junto dos utentes com doença mental crónica no HD, à luz da teoria do conforto de Kolcaba. As questões ou problemas parcelares passam pela necessidade de desenhar estratégias de diagnóstico e identificação de necessidades, definição e

implementação de intervenções baseadas na evidência científica e finalmente na avaliação de resultados obtidos.

Neste sentido, a metodologia do trabalho de projeto assume um cariz científico, que embora não sendo uma metodologia de investigação, permite mobilizar técnicas e instrumentos investigativos.

Esperamos obter ganhos em saúde nos diferentes contextos e estados do conforto definidos por Kolcaba (1991), tais como autoestima, autoconceito, espiritualidade, esperança, relaxamento muscular, atividade física e assertividade, à luz de autores como Kolcaba, 1991, 1994; Apóstolo, 2010; Caldeira, 2011; Ribeiro, 2008; Payne 2000; Townsend, 2011; Mussi, 1994; Bruges, 2007; Macedo, 2012 entre outros.

A nível do internamento de agudos apresentamos a FMEA, instrumento utilizado na deteção de falhas e incidentes na prestação dos cuidados de conforto, de forma a promover a qualidade dos mesmos. Foi efetuada a partilha com a equipa através da formação em serviço, considerando que a reflexão, problematização da realidade e tentativa de resolução de problemas em conjunto promovem as mudanças individuais, coletivas e estruturais (Lourenço & Mendes, 2008).

Na sua dimensão estrutural, este relatório apresenta mais cinco capítulos. No segundo capítulo é apresentado o percurso metodológico utilizado na consecução dos objetivos descritos. O terceiro capítulo ilustra as intervenções de enfermagem levadas a cabo na promoção do conforto no HD, onde é explanado todo o trabalho de intervenção junto do grupo e no acompanhamento individual de um utente. Numa segunda instância é apresentado o trabalho efetuado no âmbito da avaliação da qualidade dos cuidados de conforto prestados pela equipa de enfermagem ao grupo de utentes internados, assim como outras intervenções desenvolvidas em clínica psiquiátrica de agudos.

O quarto capítulo é reservado à reflexão das competências desenvolvidas durante o estágio, e no quinto encontram-se as considerações finais, onde são efetuadas a avaliação global do projeto, das dificuldades e limitações sentidas e do grau de concretização dos objetivos assim como são feitas propostas futuras.

Consideramos expectável com este documento não só, a contribuição para o conhecimento disciplinar, como também, para promover a reflexão sobre a formação, a prática e a gestão dos cuidados de conforto numa lógica de melhoria da qualidade dos mesmos (Kolcaba, 1994; Mussi, 2005; Apóstolo, 2007; Oliveira, 2008, 2013).

2. PERCURSO METODOLÓGICO

No presente capítulo apresentamos opções metodológicas utilizadas e questões éticas implícitas, para atender à temática central deste projeto que se prende com os cuidados de conforto na pessoa com doença mental e que intervenções de enfermagem podem ser implementadas para a promoção do mesmo.

Definimos como objetivos gerais: Implementar intervenções de cariz psicoterapêutico que satisfaçam as necessidades do conforto, individuais e de um grupo de utentes internados em HD e identificar falhas ou incidentes relacionados com o atendimento de necessidades de conforto em contexto de internamento de agudos. Como objetivos específicos pretendemos: mensurar necessidades de conforto nos utentes do HD; planejar e executar intervenções estruturadas de enfermagem; avaliar resultados e ganhos e em saúde relacionados com as intervenções; determinar o grau de ocorrência, deteção e gravidade de incidentes relativos à prestação de cuidados de conforto em internamento de agudos.

Previamente e durante todo o processo, foi realizada uma análise crítica da literatura que permitiu aprofundar conhecimentos sobre a temática central, constituindo o suporte teórico deste percurso. Para tal, foram efetuadas periodicamente pesquisas bibliográficas que sustentaram a evidência científica para a prática. Recorremos ao motor de busca EBSCOhost e a bases de dados (CINAHL®, MEDLINE®, entre outras), dos vários repositórios universitários de dissertações de mestrado e teses de doutoramento e motores de busca da Google®.

Planeamos o nosso estágio clínico segundo a metodologia do trabalho de projeto, por ser um processo consciente, e um cenário de aprendizagem significativa (Mendonça, 2002), centrada na resolução de problemas pertinentes e reais, realizáveis com o tempo, as pessoas, os recursos disponíveis ou acessíveis e com ligação à sociedade. Nos processos de aprendizagem, a metodologia do trabalho de projeto permite criar uma nova relação entre a prática e a teoria, entre os saberes escolares e os saberes sociais. Nesta perspetiva, é o estudante que constrói o seu próprio saber, tem um papel ativo, projeta-se para o futuro, torna-se mais exigente em relação a si, aos outros e à realidade envolvente, torna-se mais capaz de intervir socialmente (Mateus, 2011).

Pretendemos com esta metodologia, como afirmam Castro & Ricardo (2003) construir uma ordem lógica de procedimentos e operações que se interligam. Transformar um

problema em projeto e concretizá-lo é, em última análise, o objetivo da pedagogia de projeto, entendendo-se por problema a diferença entre uma situação existente e uma outra que é desejada.

Estruturámos o estágio clínico em 4 fases, cada qual com objetivos e tarefas bem definidas. A primeira fase, corresponde à avaliação das necessidades de conforto de um grupo de utentes do HD. Este diagnóstico foi realizado mediante a aplicação de um questionário que continha a ECIP 51 modificada para este contexto específico de HD. A segunda fase correspondeu ao planeamento e execução de intervenções de enfermagem de cariz psicoterapêutico, quer numa abordagem individual como em grupo. A terceira fase foi dedicada à avaliação dos resultados ou ganhos em saúde relacionados com essas intervenções., utilizando instrumentos como a Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde e entrevistas semiestruturadas. A quarta fase ocorreu em contexto de internamento de agudos, onde nos propusemos a realizar uma análise FMEA ao processo de prestação de cuidados de conforto.

2.1. Procedimentos e instrumentos

A ECIP 51 foi o instrumento utilizado na mensuração das necessidades de conforto no HD (anexo I), baseia-se no modelo operacional do conforto de Kolcaba (2003) e está validada para a população portuguesa por Apóstolo *et al* (2007). É constituída por 51 itens, que se propõe medir o conforto de três estados (*alívio, tranquilidade e transcendência*) em quatro contextos (*físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental*), de utentes internados em clínica psiquiátrica. Estudos prévios demonstram as qualidades psicométricas da ECIP 51 (Apóstolo *et al*, 2007; Apóstolo, 2010). Foi contactado o autor e sugerida a sua modificação para o contexto de HD deste trabalho, o qual deu a sua permissão e colaborou na referida modificação. (apêndice I).

Na avaliação dos resultados das várias intervenções estruturadas de enfermagem no HD foram utilizados instrumentos como a Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde (anexo II), desenvolvida por Pinto & Pais Ribeiro (2007), com o propósito de avaliar a espiritualidade no âmbito de situações crónicas, em duas dimensões: *crenças* (relacionada com aspetos religiosos), e a *esperança/ otimismo*

(Pinto & Pais Ribeiro, 2007). Foi também utilizada a Escala de Autoestima Rosenberg (Rosenberg, 1965, adaptado por Santos e Maia, 2003), (anexo III), que sendo um dos instrumentos mais utilizados para a mensuração da autoestima global, avalia fatores relativos aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo. (Romano *et al*, 2007). Foram elaboradas entrevistas semiestruturadas (apêndice II) com o intuito de avaliar a fatores como a percepção subjetiva do nível de ansiedade e de relaxamento ou a importância atribuída a determinadas intervenções.

Com a metodologia FMEA pretendemos identificar possíveis falhas ou incidentes relacionados com os cuidados de conforto prestados no serviço de internamento e contribuir para a melhoria dos mesmos. A FMEA permite-nos identificar os principais incidentes, determinar índices de gravidade, ocorrência, e de deteção e efetuar o cálculo do Risk Priority Number (RPN). Esta ferramenta de gestão de risco procura evitar, por meio da análise das falhas potenciais e propostas de ações de melhoria, que ocorram falhas num determinado projeto, produto ou processo (Pereira, 2010). O mesmo autor considera que com esta metodologia de trabalho estamos a aumentar a confiabilidade do projeto, processo ou produto em causa.

Foram utilizados nesta FMEA os índices de gravidade (GRA), de ocorrência (OCO) e de deteção (DET) para cada causa de falha, de acordo com critérios previamente definidos. A tabela 1 sintetiza esses critérios que foram baseados em Toledo & Amaral (2009).

Tabela 1- Critérios para os indicadores de risco da FMEA

Critérios para determinação do índice de gravidade (GRA)	Critérios para determinação do índice de ocorrência (OCO)	Critérios para determinação do índice de deteção (DET)
Índice 1- Mínima - O cliente/família tem muito baixa percepção da falha	Índice 1- Remota	Índice 1- Muito Pequena- Certamente não será detetado
Índice 5- Média- Baixo nível de desempenho do processo com descontentamento do cliente/família	Índice 5- Frequente	Índice 5- Pode ou não ser detetado
Índice 10- Máxima- O processo deixa de funcionar com grande descontentamento do cliente/família afetando a sua segurança	Índice 10- Muito frequente	Índice 10- Muito grande- Certamente será detetado

Os índices finais foram calculados pelas médias das respostas. O RPN foi determinado pela multiplicação dos três índices ($RPN = GRA \times OCO \times DET$). O RPN permite verificar quais as áreas prioritárias a intervir. Dado o carácter dinâmico da FMEA, o RPN também proporciona uma perceção da evolução do processo em termos de gestão do risco.

Eticamente, foram respeitados o direito à recusa de participação, o anonimato, a confidencialidade e a proteção dos dados fornecidos. Neste sentido, os participantes assinaram um termo de consentimento informado (apêndice III). Todos os elementos aceitaram participar. Foi previamente requerido ao chefe de serviço autorização para se proceder a aplicação da ECIP 51 modificada.

3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO CONFORTO

Neste capítulo apresentamos o percurso realizado no HD com vista à implementação de intervenções promotoras do conforto, culminando com os ganhos em saúde obtidos assim como as intervenções desenvolvidas no serviço de internamento de agudos, com vista à deteção de eventuais falhas e incidentes que possam comprometer a qualidade dos cuidados de conforto prestados.

3.1. Acompanhamento de um grupo em HD

O trabalho com o grupo de utentes decorreu entre 08 de outubro de 2014 e 19 de Dezembro de 2014. Seguidamente contextualizamos o serviço de HD e o grupo que foi alvo da intervenção, assim como descrevemos as necessidades detetadas e respetivas intervenções realizadas.

3.1.1. Contextualização do serviço de HD

Perante as necessidades de apoios na comunidade para a pessoa com doença mental em Portugal e indo ao encontro do previsto no Plano Nacional de Saúde Mental para 2007-2016, é imprescindível a promoção da autonomia e reinserção social durante a sua frequência nos serviços de saúde, incluindo nos hospitais de dia, sendo essencial uma avaliação das necessidades dessas pessoas dentro de cada contexto, de forma individualizada. Assim, a avaliação e satisfação das necessidades dos utentes no HD é essencial para a promoção da autonomia e reinserção social. Embora a evidência não seja tão vasta como a nível do internamento, Mussi *et al* (1996) referem-se a necessidades de conforto extra-hospitalar como condições materiais ou financeiras, interações pessoais e condições de funcionalidade/normalidade.

A equipa multidisciplinar do HD em questão é constituída por: 2 enfermeiras, 1 médico psiquiatra residente e 2 internos de psiquiatria, 2 terapeutas ocupacionais, 2 psicólogos e 1 assistente social. Tem uma lotação de 24 utentes (podendo chegar aos 30), divididos em 2 grupos (grupo I e grupo II), sendo um serviço de internamento parcial que permite uma articulação entre o internamento e a comunidade. Os principais são: promover o desenvolvimento e/ou o restabelecimento das capacidades individuais afetadas pela doença; assegurar uma intervenção terapêutica global e

precoce, de modo a capacitar o utente para a prevenção de crise e preservar a inserção sociofamiliar com a rutura criada por um internamento total.

Para a admissão no HD o utente é referenciado para uma consulta de triagem efetuada por um psiquiatra, que inclui a avaliação clínica e a definição dos objetivos terapêuticos. Cabe ao utente aceitar as condições de aplicação de um plano terapêutico individualizado e explícito, sendo que, no momento da admissão deverá assinar um contrato terapêutico (anexo IV). Do programa individualizado (anexo V) fazem parte atividades como: grupos terapêuticos; treino de competências sociais; relaxamento; atividades terapêuticas como a psicoeducação; adesão à terapêutica; terapia ocupacional e apoio/acompanhamento na área socio-ocupacional e profissional. Desta forma, o projeto de tratamento proposto é composto por seis fases: adaptação (integração e atribuição do técnico de referência); avaliação inicial (são traçados o plano inicial e diagnósticos de entrada); terapia; consolidação; preparação para a alta e alta.

Em termos de estrutura física o hospital dia é constituído por dois andares (rés do chão e 1º andar). O rés-do-chão dispõe de sala de espera; sala de enfermagem; gabinetes médicos; sala de atividades do grupo II; cozinha; sala de reuniões; casas de banho. No 1º andar encontra-se o ginásio; sala de lazer; sala de atividades do grupo I; gabinete de psicologia; gabinete e sala de atividades da terapeuta ocupacional; gabinetes médicos; casas de banho.

3.1.2. Características do grupo

O grupo inicial foi constituído por 9 utentes. A seleção dos mesmos foi realizada com base nos critérios de exclusão: não fala/lê ou compreende a língua portuguesa; presença de alterações do estado mental que afetem a capacidade de interpretação das questões; recusa explícita ou implícita na participação. Sendo este um grupo aberto, ao longo do tempo foram integrados novos elementos, enquanto outros tiveram alta. No final 4 dos utentes permaneciam desde o início, enquanto 5 entraram posteriormente. Encontram-se descritas na tabela 2 as principais características sociobiográficas e clínicas observadas grupo durante todo o percurso.

Tabela 2 - Caracterização socio biográfica e clinica dos elementos do grupo

N=14	SEXO	IDADE	PROFISSÃO E ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	FOCO DE ENFERMAGEM	DIAGNÓSTICO MÉDICO	TEMPO DE INTERNAÇÃO
1	F	31	Vigilante 2º ciclo	Separado	Ansiedade Presente	PAB Tipo II com sintomatologia psicótica	6 semanas
2	F	33	Estudante (a frequentar ensino superior)	Solteiro	Pensamento alterado (delírios)	Esquizofrenia Paranoide	2 semanas
3	F	43	Educadora de Infância (ensino superior)	Casado	Atenção comprometida	Perturbação de défice concentração e atenção no adulto	4 semanas
4	M	35	Desempregado (ensino superior)	Solteiro	Socialização comprometida	Depressão com sintomatologia psicótica	8 semanas
5	M	44	Desempregado (Secundário)	Casado	Angustia espiritual presente Autoestima diminuída	Depressão com sintomatologia psicótica	6 semanas
6	F	25	Assistente de clinica dentária (secundário)	Solteiro	Risco de automutilação	PAB II com traços da personalidade	36 semanas
7	M	45	Desempregado (3º ciclo)	Casado	Tristeza presente/ <i>Coping</i> não eficaz	PAB Tipo I ligeira moderada, com sintomas psicóticos	39 semanas
8	M	20	Estudante (ensino superior)	Solteiro	Pensamento alterado/perceção alterada	Surto Psicótico	2 semanas
9	M	52	Desempregado (secundário)	Separado	Inquietação presente	PAB II	6 semanas

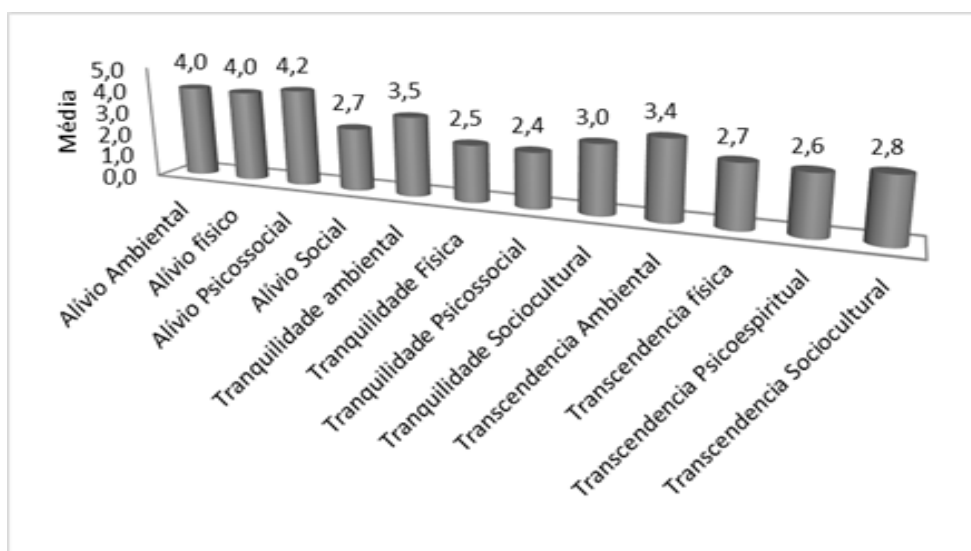
10	F	30	Desempregado	Solteiro	Inquietação presente	PAB II	2 semanas
11	F	43	Cantora	Casado	Angústia espiritual presente	PAB II com sintomatologia depressiva	9 semanas
12	M	41	Técnico informático	Solteiro	Pensamento alterado/percepção alterada	Esquizofrenia paranoide	6 semanas
13	M	20	Estudante (ensino superior)	Solteiro	Pensamento alterado/percepção alterada	Surto Psicótico	5 semanas
14	M	25	Estudante (ensino superior)	Solteiro	Pensamento alterado/percepção alterada	Surto psicótico	2 semanas

3.1.3. Avaliação das necessidades de conforto no grupo do HD

Para mensuração das necessidades de conforto aplicou-se a ECIP 51 modificada aos utentes, explicou-se do intuito da mesma e obteve-se o consentimento informado dos mesmos. Foram trabalhados estatisticamente os itens da ECIP 51 modificada de acordo com cada dimensão/estado do conforto que se encontram representados graficamente (apêndice IV).

Seguidamente apresentamos de uma forma global no gráfico 1 as necessidades de conforto identificadas para cada para cada dimensão, de acordo da estrutura taxonómica do conforto.

Gráfico 1- Necessidades de conforto identificadas (avaliação inicial)



Foram considerados os itens com médias < 3 (para um valor médio de 2,5), como as áreas onde as necessidades de conforto têm mais expressão. Verificou-se que nos contextos psicoespiritual e físico é nos estados de tranquilidade e transcendência que existem mais necessidades de conforto (valores médios entre 2,4 e 2,8). No contexto sociocultural, as necessidades de conforto têm mais expressão nos estados de alívio (2,7) e transcendência (2,8). Não foram consideradas relevantes as necessidades de conforto no contexto ambiental.

Encontram-se esquematizados na tabela 3, para cada dimensão do conforto, os itens da ECIP 51 modificada correspondentes às maiores necessidades verificadas e os principais focos de desconforto definidos por Apóstolo (2010), para casa dimensão, nos quais nos baseámos.

Tabela 3- Principais necessidades de conforto no HD

Dimensões	Focos de desconforto (Apóstolo, 2010)	Itens ECIP com média > ou =3
Alívio sociocultural	Insatisfação relacionada com as obrigações ou responsabilidades sociais, laborais ou familiares	Costumo ter contactos com outras pessoas para além do HD
	Sentimento de rejeição falta de apoio familiar	As minhas relações pessoais têm melhorado
Tranquilidade Física	Tensão muscular	Sinto-me com força física
	Dificuldade em relaxar	Sinto-me bem fisicamente
Tranquilidade Psicoespiritual		Sinto o meu corpo relaxado
	Desespero, inquietude, culpabilização indignidade, diminuição da autoestima e autoconfiança	Sinto-me bem com o mundo
Tranquilidade Psicoespiritual		Sinto-me satisfeito com as minhas relações íntimas
		Sinto-me bem comigo mesmo
Tranquilidade Psicoespiritual		A minha fé dá-me paz de espírito
		Sinto paz de espírito
Tranquilidade Psicoespiritual		Sinto-me confiante
		Sinto que vou ter energia para trabalhar
Tranquilidade Psicoespiritual		Sinto que vou ficar bem fisicamente
		Sinto-me livre
Tranquilidade Psicoespiritual	Falta de sentido da vida, falta de confiança em si, falta de esperança, perspectivas negativas face ao futuro	Sinto que vou conseguir resolver os meus problemas
		Sinto-me capaz de dar um rumo há minha vida
Tranquilidade Psicoespiritual		Sinto que vou ser capaz de contribuir para o sustento da minha família
	Falta de perspectivas face à capacidade para desenvolver um funcionamento social, familiar e laboral	Sinto-me capaz de restabelecer as minhas relações pessoais

3.1.4- Intervenções desenvolvidas com o grupo

Durante 10 semanas foi executado um plano de intervenções estruturadas de enfermagem ao longo de 15 sessões (apêndice V), em que as abordagens terapêuticas se centraram na promoção da autoestima, espiritualidade e autoconceito, treino da assertividade nas relações sociais e familiares e relaxamento muscular e atividade física, de forma atender às principais necessidades de conforto.

Sessão de educação para a saúde

Inicialmente foi realizada uma sessão de educação para a saúde (apêndice VI), no sentido de dar a conhecer o projeto e identificar concessões de conforto do grupo. Através de um *Brainstorming* (Apêndice VII), foi possível identificar e discutir necessidades de conforto que se situaram nos contextos físico e psicoespiritual a nível da transcendência e tranquilidade e no contexto sociocultural a nível da transcendência e do alívio, conforme descrevemos em seguida. Estes aspetos foram posteriormente reforçados através dos resultados da ECIP 51 (modificada).

Resultados:

Os utentes utilizaram termos que significavam para eles necessidades e lhes provocavam baixa autoestima, inquietação e ansiedade, como: *sossego; paz; bem-estar; à vontade; liberdade; cama; descanso; relaxamento*. De acordo com os principais focos de desconforto definidos por Apóstolo (2010) estas são necessidades que se situam nos contextos psicoespiritual e físico, nos estados de tranquilidade e transcendência.

Foram também referidas dificuldades na comunicação nas relações interpessoais (principalmente na família e grupo de amigos), preocupação com o sustento da família, com o não se sentir bem com o seu papel na família e com a incapacidade para assumir responsabilidades, tendo sido utilizados os termos: *pagar contas; responsabilidades; o meu espaço* (a nível do papel familiar / social) que vão de encontro a necessidades no contexto sociocultural definidas pelo mesmo autor.

Intervenções promotoras de conforto psicoespiritual

No contexto psicoespiritual, procuramos trabalhar a autoestima, autoconceito, sentido da vida e esperança, de forma a dar resposta aos estados da tranquilidade e transcendência. Estes estados referem-se à relação com um ser mais elevado, à relação entre as variáveis espirituais e religiosas e aos sentimentos de conforto, bem-estar, autoestima, autoconceito, significado e esperança, de forma de lidar com a doença (Kolcaba, 2003; Ribeiro, 2008).

Tornaram-se necessárias intervenções que fossem de encontro a esta componente espiritual do sofrimento que se reporta “essencialmente à dimensão de desarmonia (incoerência e desordem) consigo próprio e com os outros, vida sem sentido (valor e propósito), sentimento de realização deficitário e não confiança na transcendência” (Barbosa & Neto, 2010:577).

Foram assim implementadas as sessões *de o pássaro da alma*, (apêndice VIII), *a maior maravilha do mundo* (apêndice XIX) e *reconstruindo a autoestima* (apêndice X), pois os cuidados de enfermagem devem ir no sentido de ajudar a pessoa a encontrar significado para a sua existência, através da avaliação de qual o significado da sua falta de harmonia e de sofrimento, promovendo, autocontrolo, autoestima e autodeterminação em relação à saúde, doença, tratamento, e decisões terapêuticas (Watson, 2002).

Resultados:

Através da Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde, temos que a nível da esperança e otimismo, (para um valor médio de 2,5) o grupo situou-se acima da média (2,6), havendo mais concordância com os itens: *vejo o futuro com esperança; sinto que a minha vida mudou para melhor; aprendi a dar valor as pequenas coisas da vida*. No que diz respeito crenças (religiosidade), o grupo situou-se abaixo da média (com um valor de 2), concordando menos com as afirmações: *as minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida; a minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis*.

O grupo utilizou assim mais recursos baseados num sentido positivo da vida norteado pela perspetiva do futuro com esperança e numa redefinição de valores de vida, do que em crenças religiosas. A espiritualidade foi considerada pelos utentes como um

domínio (também) fora de sistemas religiosos, enquanto um contexto em que as pessoas podem encontrar um sentido para a vida, ter esperança e estar em paz no meio dos acontecimentos mais graves, como é a doença mental.

Dos resultados da Escala de Autoestima de Rosenberg, apresentamos os itens e respetivos valores médios (numa escala de 1 a 5) com os quais o grupo mostrou uma maior concordância: *acho que sou uma pessoa digna de estima, pelo menos a mesma que os demais* (3,66); *acho que tenho muitas qualidades boas* (3,50); *sou capaz de fazer as coisas tão bem, como a maioria das outras pessoas* (3,33); *tenho uma atitude positiva perante mim mesmo/a* (3); *no geral estou satisfeita/o comigo mesmo/a* (2,83).

Os itens com que o grupo mais discordou revelam-se em afirmações como: *às vezes tenho tendência a sentir que sou um(a) fracassado(a) em tudo* (2,33); *às vezes sinto-me realmente uma pessoa inútil* (2); *às vezes penso que não sou grande coisa* (2,16). Com um valor intermédio obtivemos a afirmação: *acho que não tenho muitos motivos para me orgulhar de mim mesmo/a* (2,5).

De uma forma geral, o grupo concordou mais com afirmações que espelham a dignidade de estima, boas qualidades, igualdade de capacidades em relação aos outros, atitude positiva e satisfação em relação a si mesmos. O grupo identificou-se menos com afirmações que transmitem sentimentos de inutilidade, fracasso e auto-desvalorização.

Foi possível a partilha e identificação de sentimentos presentes como tristeza, angustia, zanga, e desassossego, e sentimentos desejados tais como alegria, amor, autoestima, esperança, bem-estar, assim como a motivação para os encontrar.

Foram expressos maiores sentimentos de autoaceitação, autoimagem, amor-próprio, gosto em ver-se ao espelho e arranjar-se. O grupo demonstrou utilizar mais as palavras *esperança, confiança, alento e força*, identificando fatores que afetam e a autoestima. Também se proporcionaram momentos de descontração, expressão de sentimentos e emoções como aumento do sentimento de pertença e a coesão do grupo.

Pensamos ter atingido resultados de enfermagem a nível dos indicadores NOC: autoestima, bem-estar psicológico; motivação; sentimentos de autoaceitação; sentimentos de autovalorização, facilitação do crescimento espiritual (Moorhead & Johnson, 2010).

Intervenções promotoras do conforto físico

Segundo Apóstolo (2009), o desconforto físico prende-se a fatores como agitação motora, tensão muscular e dificuldade em relaxar. Neste sentido realizamos as intervenções *atividade física e relaxamento* (apêndice XI), que se centraram em caminhadas e outros exercícios de alongamento muscular e mobilização articular e em sessões de relaxamento muscular.

Quanto à atividade física, apresentamos a evidência estudos como o de Ellis *et al* (2007), que relacionam atividade física e o alívio dos sintomas da doença mental em geral. Landers (1997), observou também que sessões frequentes de exercício físico representam um meio adjunto positivo para o tratamento da depressão. Antunes *et al* (2005) demonstram que a prática de exercício físico regular traz resultados positivos ao sono e seus possíveis distúrbios, aos aspetos psicológicos, aos transtornos de humor como a ansiedade e a depressão e aos aspetos cognitivos como a memória e a aprendizagem, sendo considerado uma intervenção não farmacológica no tratamento das perturbações físicas e mentais.

Em relação ao relaxamento, tivemos em conta autores como Ryman (1995) citado por Payne (2000) que nos refere que o mesmo tem como resultado um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo. De acordo com Townsend (2011), o relaxamento muscular promove momentos de alívio da tensão e tal resulta no descanso do corpo e da mente, “um estado de tranquilidade refrescante (...)”, sendo que, resulta “numa resposta fisiológica oposta à da resposta de ansiedade e as atividades físicas libertam o excesso de energia de maneira saudável.” (Townsend, 2011).

Utilizámos a técnica adaptada de relaxamento progressivo de Jacobson (anexo VI), desenvolvida pelo mesmo em 1929, que é um método de relaxamento muscular profundo que consiste na contração e descontração de vários grupos musculares (Townsend, 2011).

Resultados:

Após as caminhadas foram expressos pelo grupo sentimentos de aumento da autoestima, harmonia e bem-estar. Alguns utentes também referiram sensação de alegria, relaxamento, melhoria do humor e do ciclo sono-vigília (maior facilidade em

adormecer e aumento da energia durante o dia). As caminhadas foram também consideradas uma estratégia de *coping* fora do HD.

Através da análise das entrevistas semiestruturadas verificámos que de uma forma geral, ao longo das seis sessões de relaxamento progressivo houve um aumento das percepção subjetiva de relaxamento e diminuição da percepção subjetiva de ansiedade. Todas as sessões foram consideradas importantes/ muito importantes (numa referencia de três ancoras: pouco importante/ importante/muito importante).

Apurámos igualmente que cerca de 20% dos utentes se encontravam pouco relaxados no início das sessões, enquanto no final das mesmas apenas um utente se apresentou pouco relaxado (na globalidade de todas as sessões efetuadas), prevalecendo o estado de relaxado em todas elas (numa referencia de três ancoras: pouco relaxado/ relaxado/muito relaxado). A partir da terceira sessão cerca de 15% dos utentes se classificou como muito relaxado no final.

Cerca de 15% dos utentes encontrava-se ansioso ou muito ansioso no início de cada sessão, enquanto no final das mesmas todos se consideraram pouco ansiosos (numa referencia de três ancoras: pouco ansioso/ ansioso/muito ansioso).

Através da partilha verbal e observação direta foi possível reforçar estes resultados, em que os utentes referiram de uma forma geral sentir-se mais tranquilos, manifestando uma sensação de calma e relaxamento. Também foi referida satisfação pelo sentimento de bem-estar presente no final das sessões.

Pensamos ter atingido resultados de enfermagem a nível dos indicadores NOC: autoestima, humor, bem-estar psicológico; bem estar-físico, controle de sintomas, relaxamento muscular, nível de energia, afeto calmo e tranquilo, identificar múltiplas estratégias de *coping*, promoção do exercício e sono (Moorhead & Johnson, 2010).

Intervenções promotoras do conforto sociocultural

Koga & Furegato (2002), referem que ao longo história, os doentes mentais têm sido isolados das relações sociais. Nesta sequência, Loureiro (2011), refere que os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental são agentes privilegiados na conceção, implementação e avaliação de programas de promoção de competências sociais de forma a diminuir as dificuldades de comunicação, mais concretamente desenvolver a comunicação interpessoal, praticar a assertividade, aprender habilidades sociais, resolver problemas sociais, enfrentar situações novas,

ser capaz de resolver problemas. Kirschbaum & Paula (2002), consideram que o estímulo da capacidade de comunicação é uma das atividades de âmbito psicossocial que devem ser desenvolvidas pelos enfermeiros no âmbito de HD.

Uma vez que o contexto sociocultural diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais, (Apóstolo 2009), pretendemos ajudar a melhorar essas relações, pois “o desempenho de um determinado papel social, pode levar à satisfação ou insatisfação pessoal e por sua vez, dar lugar a emoções agradáveis ou desagradáveis” (Bruges, 2007:59).

Apontámos para aspetos como o sentimento de valorização pessoal, e a comunicação no seio da família, essencialmente através das sessões *treinando a assertividade* (apêndice XII) pois “...o aumento da socialização implica a autorresponsabilização, interiorização de regras e valores sociais, estimulação para comportamentos adaptados e assertivos, facilita o treino de competências, facilita a aprendizagem, facilita a interação sexual, facilita ações de intercâmbio e participação ativa entre indivíduos e grupos.” (Bragança, 2013).

Resultados:

As atividades implementadas permitiram estimular a capacidade de dizer não e de criticar sem se sentir culpado, sentir-se respeitado, fazer pedidos ou mudar de opinião. No essencial, e como Galassi e Galassi (1977) elencaram, foram trabalhadas três categorias da assertividade: expressão de sentimentos positivos, autoafirmação e expressão de sentimentos negativos.

Pensamos ter atingido resultados de enfermagem a nível dos indicadores NOC: autoestima, interação social, comunicação de necessidades apropriadamente, comunicação de sentimentos apropriadamente, aceitação de críticas construtivas; vontade de confrontar outros, envolvimento social (Moorhead & Johnson, 2010).

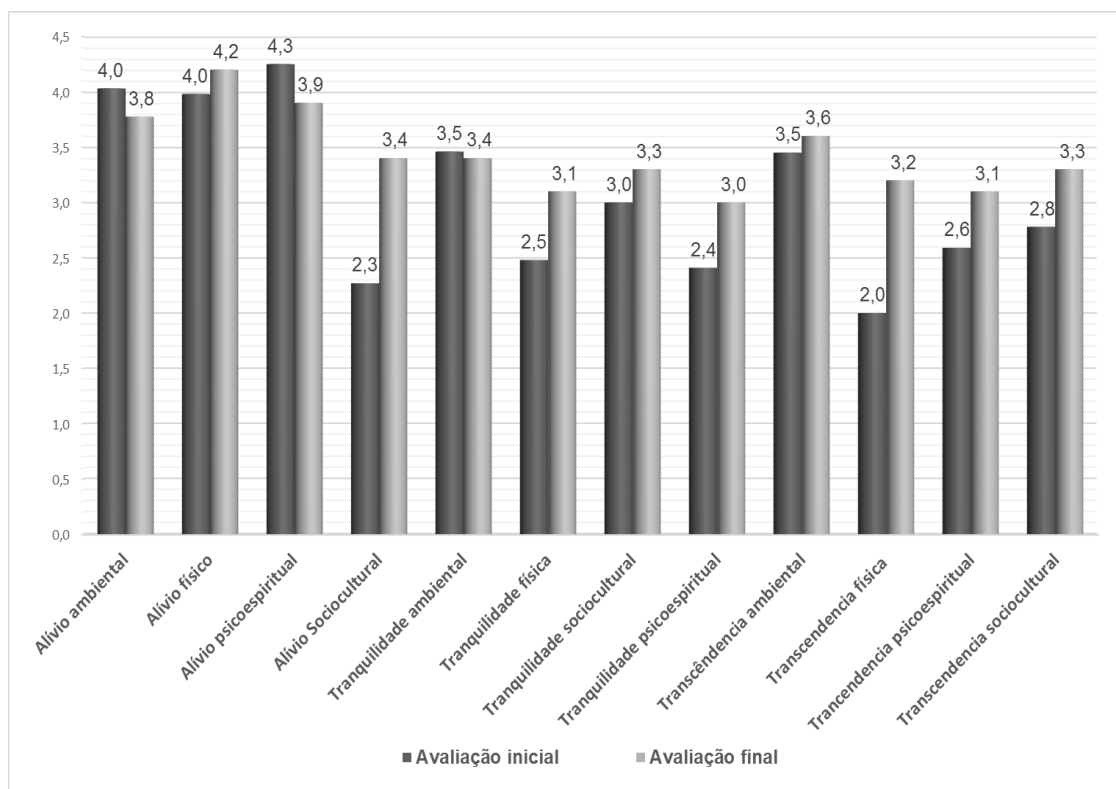
Durante todas as intervenções implementadas, através dos jogos de aquecimento e através de toda a partilha, o contexto sociocultural foi trabalhado, tendo sido referidos pelos utentes ganhos a nível das relações sociais, ao longo de todas as sessões a nível da partilha, amizades, sentimento de poder contar com os outros e satisfação na participação que as intervenções proporcionaram.

3.1.5. Avaliação dos ganhos em saúde

Terminada a implementação das atividades estruturadas de enfermagem, foi reaplicada a ECIP 51, numa perspetiva mensurar as necessidades de conforto naquele momento, excluindo qualquer tentativa de comparação com a avaliação inicial, dado ser um grupo aberto. Nesta altura, quatro dos utentes permaneciam desde a avaliação inicial (beneficiando de todas as sessões), enquanto cinco entraram posteriormente, perfazendo um total de nove utentes, tendo todos beneficiado do programa pelo menos durante duas semanas.

Tal como na avaliação inicial, a escala foi aplicada após explicação do intuito da mesma e respetivo consentimento informado. Seguidamente estão apresentadas no gráfico 2 as necessidades de conforto identificadas para cada para cada dimensão de acordo da estrutura taxonómica do conforto, a par dos resultados obtidos inicialmente.

Gráfico 2- Necessidades de conforto identificadas (avaliação final)



Discussão

Da observação do gráfico, pudemos constatar que as dimensões do conforto onde se verificou um maior incremento situam-se no contexto psicoespiritual e físico a nível da tranquilidade e transcendência e no contexto sociocultural, a nível do alívio e transcendência. Constatámos também que foi nestas dimensões que se verificaram maiores necessidades de conforto na avaliação inicial. Tal como preconiza a teoria de Kolcaba, o conforto é um resultado desejável nos cuidados de enfermagem, logo, tentamos obter ganhos em saúde, especialmente nas dimensões identificadas como mais carentes.

No que diz respeito ao conforto psicoespiritual, os utentes mostravam mais necessidades principalmente a nível do bem-estar com eles próprios e com os outros, autoestima, autoconfiança, fé e paz de espírito. A investigação realizada na área de enfermagem mostra que existe uma associação forte entre espiritualidade e saúde, em relação a um sentimento de ligação a um ser superior, à natureza ou a algo superior a si mesmo e senti-los ainda como uma força e um apoio, poderá ter bastantes benefícios para a pessoa. Como descrevem vários autores (Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004; Ribeiro, 2008; Caldeira, 2011), pensamos que ao trabalhar a espiritualidade proporcionamos sentimentos de conforto e de bem-estar, no sentido de lidar com a doença, de ânimo e de esperança para enfrentar a vivência das situações causadoras de desconforto.

Em relação aos ganhos em saúde a nível da autoestima, estes devem orientar-se para fatores como a autonomia, relações positivas com os outros, crescimento pessoal, a satisfação com a vida, autoaceitação, ânimo, domínio do meio e objetivos de vida (Novo, 2003). Para que tal ocorra com sucesso é necessário desenvolver com os utentes processos de motivação, que pensamos ter proporcionado.

A nível físico, Apóstolo (2007), que refere que o relaxamento tende de diminuir os níveis de ansiedade e de *stress*, promovendo o conforto. Payne (2000) diz-nos que através do relaxamento progressivo consegue-se atingir um estado de relaxamento profundo e controlar o excesso de tensão. Pensamos que tal promoveu bem-estar físico, relaxamento corporal e diminuição da tensão muscular, reduzindo também as barreiras à comunicação (Stuart & Laraia, 2001), sendo também aspetos compatíveis com as necessidades identificadas inicialmente.

Para colmatar necessidades relacionadas como a falta de energia e força física, pensamos que a atividade física (caminhadas), trouxe benefícios relacionados com o aumento da força, promoção da melhoria do bem-estar e do humor (Fountoulakis *et al*, 2003). Como afirma Damásio (2010), através do exercício físico as pessoas sentem-se mais ligadas a si mesmas, promovendo esta ligação um acréscimo de energia.

No contexto sociocultural, para Alberti & Emmons (2008), o treino assertivo tem como principal objetivo mudar a forma como o indivíduo se vê a si próprio, aumentar a sua capacidade de afirmação, permitir que este expresse de forma adequada os seus sentimentos e pensamentos e, posteriormente, estabelecer a autoconfiança. Como afirmam Hargie & Dickson (2004) citados por Grilo (2012) ficou patente no grupo a importância de assegurar que os próprios direitos não serão violados, reconhecer os direitos dos outros, comunicar a própria opinião de forma confiante, recusar pedidos irrazoáveis, fazer pedidos razoáveis, lidar eficazmente com recusas irrazoáveis, evitar conflitos agressivos desnecessários. Assim, o desenvolvimento de um conjunto de respostas assertivas e identificação das situações em que a utilização do comportamento assertivo é benéfica, diminui a ansiedade em situações de interação social. Pensamos ter despertado no grupo a importância destes aspetos e para o aumento da satisfação dos utentes nas suas relações interpessoais.

Em suma, a literatura é unânime ao referir que medidas de conforto adequadamente estruturadas, implementadas e avaliadas, melhoram o nível de conforto basal dos utentes, assim como promovem um maior nível de conforto, por sua vez associado a melhores ganhos em saúde globais (Apóstolo, 2010; Tomey & Alligood, 2004; Mussi, 1996), como sintetizado na tabela 4.

Tabela 4 - Principais abordagens terapêuticas e respectivos ganhos em saúde

Contexto	Abordagem terapêutica	Ganhos em saúde	Evidência científica
Físico	Sessões de Relaxamento Exercício físico	Controle de sintomas Bem-estar físico Bem-estar psicológico Relaxamento muscular Nível de energia Afeto calmo e tranquilo Sono Humor Autoestima Promoção do exercício	Apóstolo (2009;2010) Payne (2000) Townsend (2011) Stuart & Laraia (2001) Kolcaba (1994) Mussi (1994) (Moorhead & Johnson, 2010)
Psicoespiritual	Promoção da Autoestima; Espiritualidade ; Autoconceito	Autoestima, Bem-estar psicológico Motivação Sentimentos de autoaceitação Identificar estratégias de coping Sentimentos de autovalorização	Apóstolo (2009;2010) (Tutton & Seers (2004) Caldeira (2011) Ribeiro (2008) Kolcaba (1994) Mussi (1994) (Moorhead & Johnson, 2010)
Sociocultural	Treino da assertividade	Relações sociais Interação social Comunicação de necessidades apropriadamente Comunicação de sentimentos apropriadamente Aceitação de críticas construtivas Vontade de confrontar outros	Bragança (2013) Macedo (2012) (Loureiro, 2011 Kolcaba (1994 Apóstolo (2009;2010) Bruges (2007) Koga & Furegato (2002) Galassi & Galassi (1977) Mussi (1994) (Moorhead & Johnson, 2010)

3.2. Acompanhamento individual

A análise de uma situação individualizada de cuidados (apêndice XIII) foi inspirada na metodologia do estudo de caso. Concordando com Galdeano *et al* (2003), pretendemos descrever, entender, avaliar e explorar uma situação e a partir daí, determinar os fatores causais e estabelecer ações.

Os objetivos deste processo foram: identificar necessidades específicas do utente e família, nomeadamente fatores de *stress* e crises situacionais ou de desenvolvimento no contexto familiar; aplicar estratégias de comunicação terapêutica visando a redução do sofrimento, a promoção de processos adaptativos e mudanças a nível comportamental; elaborar plano de cuidados e intervenções de enfermagem; identificar resultados esperados individualizados; planejar e implementar e avaliar cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiatria; efetuar diários de aprendizagem que permitam o autoconhecimento e a reflexão sobre os acontecimentos relevantes.

Ao centrarmo-nos num utente internado em HD, tal pressupõe a abordagem incondicional dos aspetos comunitários e familiares. Para tal, fez-nos sentido a inspiração no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), de Maria Henriqueta Figueiredo (2012) e no uso dos instrumentos nele preconizados.

Recorremos à entrevista clínica, ao exame mental e à observação comportamental tomando como referência os autores Stuart & Laraia (2001), Phaneuf (2005), Doenges & Moorhouse (2010) e Morrison (2010). Foi efetuada uma abordagem pelo desenho projetivo, inspirada no teste HTP (House-casa, Árvore-Tree, Person- pessoa), tendo como principal referencia Buck (2003). A taxonomia CIPE foi utilizada para designar os diagnósticos de enfermagem, a NIC para enunciar as atividades recomendadas e operacionalizar cada uma das intervenções e ainda os indicadores de resultados NOC.

Tratou-se de um utente de 35 anos de idade que apresenta como principal foco de enfermagem *Socialização comprometida* e como diagnóstico médico *Perturbação Depressiva Major simples, moderada*. A sua vida emocional circula na órbita das figuras parentais que têm características controladoras que lhe transmitem uma sensação de incapacidade desde a infância, referindo-se a si próprio como uma pessoa normalmente isolada, tendencialmente tímido.

Iniciou em 2012 um quadro depressivo, com reversão da agressividade para si próprio num contexto de dificuldades nas relações com os pais, não tendo no momento estratégias ou capacidades para as modificar. As defesas predominantes foram o isolamento dos afetos e evitamento, culminando com internamento em Julho de 2014 e posterior internamento em HD.

Apresenta-se vígil, orientado no tempo, no espaço e na pessoa. Humor eutímico, atenção captável e fixável. Sem aparentes alterações da memória bem como da concentração. Capacidade de pensamento abstrato mantida bem como, da memória. Discurso em resposta, adequado quanto ao conteúdo, colaborante e adequado quanto às questões porém apresenta postura reservada e um certo evitamento. Sem alterações do pensamento ou percepção. Apresenta juízo crítico sobre a doença

Da aplicação do MDAIF sobressaiu o vínculo fraco em relação à família extensa além do agregado familiar (P.S. e pais), sem outros sistemas de apoio exceto o HD e a falta de conhecimento ou consenso do papel de cada membro na família, havendo conflito entre os mesmos. Não existe satisfação com a comunicação emocional entre os membros. Em relação a eventos geradores de *stress*, a família classifica-se como tendo 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e /ou psíquica e em relação ao funcionamento classifica-se com *moderada disfunção*.

Após a exploração possível dos desenhos com inspiração no HTP verificámos que se destacam características sugestivas de depressão, introversão, retraimento social e insegurança consonantes com o principal foco de enfermagem. Pode também estabelecer-se um paralelo com a relação com os pais, marcado com características dos desenhos sugestivas de falta de confiança e de apoio, centrada em recordações da infância (ligação ao passado) e sentimentos de repressão.

Na tabela 5 apresentamos o plano de cuidados estabelecido e avaliação das intervenções clínicas.

Tabela 5- Plano de Cuidados

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de resultados	Avaliação
Socialização Comprometida	<p>Aconselhamento</p> <p>Fortalecimento da socialização</p> <p>Encorajar a comunicação expressiva de emoções</p> <p>Disponibilizar presença</p> <p>Promover relações com os outros para companheirismo e serviços</p> <p>Modificação do comportamento: habilidades sociais</p>	<p>Adaptação psicossocial</p> <p>Relações sociais</p> <p>Interação social</p>	<p>Após as intervenções implementadas, verificou-se uma maior facilidade, ao nível da socialização e expressão de sentimentos no grupo e equipa, demonstrando mais iniciativa para a interação durante as atividades e durante os intervalos entre as mesmas. Foi trabalhada a importância do desenvolvimento destas habilidades sociais no seio da família e exterior, de forma a melhorar a socialização fora do HD, no final do processo P.S. referiu sentiu essa facilidade junto da mãe, a nível da expressão de sentimentos e já não se isolava com frequência no quarto, permanecendo nos espaços sociais da casa. A relação com a ex-namorada manteve-se através de correio eletrónico e havia a expectativa de fazer novas amizades aquando o início do curso</p>
Dependência para o Auto cuidado: atividade física	<p>Planear atividade física</p> <p>Relaxamento muscular progressivo</p> <p>Promoção do exercício</p> <p>Terapia com exercício: mobilidade articular</p> <p>Planear atividades em grupo</p>	<p>Controle de sintomas</p> <p>Bem estar-físico</p> <p>Relaxamento muscular</p> <p>Nível de energia</p> <p>Afeto calmo e tranquilo</p>	<p>P.S participou com agrado nas intervenções promotoras do exercício físico, aumentando o seu bem-estar físico e espiritual e sentindo-se menos lentificado após. A nível do relaxamento, este foi possível, diminuindo a perceção subjetiva de ansiedade e aumentando a de relaxamento.</p>
Comportamento assertivo, ineficaz	<p>Assistir na identificação dos direitos pessoais, pensamentos, crenças e sentimentos</p> <p>Elogiar aspetos identificados</p>	<p>Comunicação de necessidades apropriadamente</p>	<p>Após as atividades que pretendiam estimular a assertividade, P.S. foi capaz de partilhar problemas comuns com o grupo, através da estimulação da capacidade de dizer não e de criticar sem se sentir culpado, sentir-se respeitado, fazer pedidos ou mudar de</p>

	<p>Incentivar comportamentos coerentes com os aspetos identificados</p> <p>Encorajar o desenvolvimento de novas relações</p> <p>Encorajar relações com pessoas que tenham interesses e metas comuns</p> <p>Encorajar atividades sociais e comunitárias</p> <p>Encorajar a partilha de problemas comuns com outras pessoas Encorajar o envolvimento em interesses totalmente novos</p> <p>Reforçar a aquisição de estratégias de <i>coping</i></p>	<p>Comunicação de sentimentos apropriadamente</p> <p>Expectativas de resposta pelos outros</p> <p>Aceitação de críticas construtivas</p> <p>Vontade de confrontar outros</p>	<p>opinião ou seja, da expressão de sentimentos positivos, autoafirmação e expressão de sentimentos negativos. Demonstrou melhoria da passividade demonstrada principalmente na verbalização de sentimentos aos pais, afirmando que apesar de dificuldade mantida na assertividade com os mesmos, conseguia expressar melhor os seus pontos de vista, enfatizando a importância das atividades efetuadas.</p>
Bem-estar espiritual comprometido	<p>Avaliar o bem-estar espiritual</p> <p>Facilitação do crescimento espiritual</p> <p>Escutar ativamente</p> <p>Melhorar o autoconhecimento</p> <p>Executar entrevistas de relação terapêutica de ajuda</p> <p>Fortalecimento da autoestima</p> <p>Monitorizar autoestima</p> <p>Promover auto-perceção positiva</p>	<p>Fé</p> <p>Esperança</p> <p>Autoconceito</p> <p>Afeto calmo e tranquilo</p> <p>Expressões de otimismo</p> <p>Fixação de metas</p> <p>Sentido e finalidade da vida</p> <p>Melhor conhecimento de si</p>	<p>Após as atividades instituídas no sentido da recuperação da autoestima, P.S. referiu melhoria do bem-estar psicológico e autoconfiança, assim como do conhecimento de si próprio e uma maior capacidade reflexiva sobre o sentido da vida. Verbalizou sentir menos insegurança na interação com o outro e também em relação ao seu futuro.</p>

		<p>Maior confiança nas suas capacidades</p> <p>Maior confiança nas suas competências</p> <p>Melhoria da autoestima</p> <p>Bem estar psicológico</p> <p>Satisfação espiritual</p> <p>Conexão com o eu interior</p>	
Conhecimento do papel / adaptação da família não eficaz	<p>Informar sobre tarefas desenvolvimentais na nova etapa do ciclo vital</p> <p>Avaliar as dimensões não consensuais do papel</p> <p>Avaliar a saturação do papel</p> <p>Encorajar maior envolvimento em relações já estabelecidas</p> <p>Avaliar desempenho do papel</p>	<p>Adaptação psicossocial: Mudança de vida</p> <p>Expressão de sentimentos e emoções</p> <p>Desempenho do papel</p>	<p>Durante as interações individuais, P.S. demonstrou compreender o desempenho de papel não estava a ser eficaz e reconheceu a importância da harmonia familiar e de evoluir no sentido de uma interação mais eficaz com os pais. Considerou a importância do treino da assertividade, melhoria da autoestima e autoconhecimento como passos fundamentais para o desempenho de papel eficaz no seio da família, de forma a não se sentir tão impotente perante os pais.</p>

Ficou patente a importância de um adequado levantamento das estruturas de apoio do utente e da família, bem como a necessidade de pautar a prática de enfermagem pelo rigor e apoio num modelo teórico, da metodologia científica e no processo de enfermagem. Quanto à intervenção no domínio relacional, destacaram-se o aconselhamento, a gestão positiva de sentimentos, o *empowerment* e a educação do utente e as intervenções de cariz psicoterapêutico em grupo.

As entrevistas foram momentos cruciais do desenvolvimento da relação terapêutica com o cliente, de onde destacamos fatores como a postura empática, o tom de voz calmo e pausado e a postura, os momentos de silêncio e o respeito pelos limites do cliente. Através da relação estabelecida, foi possível a expressão de dificuldades e sentimentos foi possível estruturar todo o plano de cuidados, intervir com eficácia alcançando alguns indicadores de saúde estabelecidos para cada diagnóstico.

3.3. Identificação de falhas nos cuidados de conforto em internamento de agudos

O presente subcapítulo pretende contextualizar o serviço de internamento de agudos em questão e descrever os resultados da aquisição de conhecimento sobre estratégias de avaliação de processos e procedimentos na avaliação da qualidade dos cuidados de conforto no serviço de internamento. Este estágio desenrolou-se entre 5 de Janeiro e 20 de Fevereiro de 2015.

3.3.1. Contextualização do serviço de internamento de agudos

Neste contexto, Apóstolo *et al* (2012), verifica que é nos estados de tranquilidade e transcendência que os utentes apresentam maior desconforto. Estas dimensões traduzem a consciência de si, o sentido da vida, a autoestima, o autoconceito, bem como o potencial para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas, e definem aspetos essenciais da condição humana. A doença mental e o internamento hospitalar interferem, acima de tudo, com esta condição. (Apóstolo *et al*, 2012).

O serviço em questão engloba as *perturbações afetivas, ansiedade e espectro obsessivo* e visa o tratamento intensivo dos utentes com graves sintomas que podem colocar em risco o próprio ou terceiros, servindo ainda os doentes inseridos em programas de tratamento individualizado com descompensações e falta de adesão ao tratamento, de forma a evitar o agravamento da sua situação.

A admissão de doentes pode ser feita através do SETA (serviço de estabilização e triagem de agudos), de ambulatório ou do domicílio.

A nível de recursos físicos dispõe de 28/30 camas e a nível de recursos humanos, dispõe de: 1 Enfermeiro Chefe (EESMP); 18 enfermeiros no internamento e apoio pós alta (grupo pós-alta/projeto Petrarca/ Grupo de famílias), dos quais 3 são EESMP; 1 Diretor de serviço e 5 assistentes (psiquiatras); 4 psicólogos; 3 assistentes sociais

Os principais objetivos do serviço são: diferenciar o tipo de intervenções terapêuticas programadas para os doentes de acordo com as necessidades específicas que a psicopatologia/diagnóstico determina; garantir a continuidade de cuidados; contribuir para a prevenção das recaídas, evitando reinternamentos; recuperação da saúde, o alívio dos sintomas e do sofrimento, bem como a manutenção da melhor qualidade de vida possível dos doentes e dos que o rodeiam; garantir um serviço de qualidade no

mais estreito respeito pelos direitos humanos dos doentes; desenvolver um serviço de referência no tratamento dos doentes com as patologias referenciadas, baseados em guias de orientação diagnóstica e terapêuticos aprovados pela OMS e em recomendações nacionais e internacionais.

3.3.2. A análise FMEA

Foi constituído um grupo de discussão composto por quatro enfermeiros experientes do serviço (dos quais três eram EESMP), foram definidos os incidentes a nível da promoção de cuidados de conforto no serviço, assim como causas e efeitos. Foram também definidos os critérios para determinar índices de gravidade, de ocorrência e de deteção e respetivos RPN e partimos do pressuposto que $RPN \geq 100$ requerem uma intervenção prioritária.

Dos 9 incidentes analisados, todos eles apresentaram $RPN \geq 125$, situação que indicia um número muito elevado de falhas no processo de prestação de cuidados de conforto e conseqüentemente a necessitarem de intervenção urgente. Verificámos também que dois incidentes apresentam um $RPN \geq 500$ e dois apresentam um $RPN \geq 1000$.

Optámos por verificar qual o tipo de conforto com maior necessidade de intervenção, podendo observar-se que os incidentes que mais contribuem para o elevado RPN são a nível da tranquilidade e transcendência, sendo eles a *existência de sentimentos vivenciados pelos utentes como tristeza, medos e receios perante a doença psiquiátrica e o tratamento* ($RPN= 1000$) e *deficiente preparação para a alta e ausência do projeto e sentido da vida* ($RPN=1000$).

Nas necessidades de alívio obteve-se um RPN mais elevado nos itens *ambiente frio no inverno em especial nas enfermarias, salas de estar, gabinetes e corredores* ($RPN=500$) e *internamentos prolongados (podendo exceder 30 dias) devido a sintomatologia psiquiátrica grave em utentes idosos com comorbilidade física* ($RPN= 500$).

Foram em conjunto com a equipa de enfermagem delineadas sugestões, para minimizar o risco de ocorrência de incidentes, destacando-se as que visam atender aos indicadores de risco com RPN mais elevado, que incidiram sobre aspetos como implementação de mais atividades de psicoeducação, educação para a saúde e reuniões comunitárias, atividades estruturadas de treino de competências sociais (comunicação, relações), orientação para a realidade e estimulação cognitiva, assim

como o aumento do apoio emocional, aconselhamento e escuta ativa aos utentes de uma forma mais aprofundada.

O aumento da motivação e disponibilidade da equipa para tal também foi enfatizado, através de sugestões de classificação dos utentes quanto ao nível de dependência de modo a solicitar aos responsáveis dotações seguras com base em dados objetivos e promoção de recursos humanos que permitam implementação das referidas intervenções. Sobressaíram também sugestões relativas à otimização do ambiente físico como a regulação da temperatura ambiente.

Como resultado final, apresentamos na tabela 6 a FMEA elaborada para a avaliação da qualidade dos cuidados de conforto em saúde mental no serviço em questão.

Tabela 6- FMEA- Cuidados de conforto em serviço de psiquiatria de agudos

ETAPAS	INDICADORES	OCO	GRA	DET	CAUSAS	EFEITO	PROPOSTAS	RPN
Alívio	1.Ambiente frio no inverno em especial, nas enfermarias, salas de estar, gabinetes e corredores.	10	5	10	1.Racionalização dos custos relacionados com o aquecimento.	1. Ocorrência de infecções respiratórias agudas.	1.Solicitar junto dos responsáveis a regulação da temperatura ambiental para níveis confortáveis. Calafetagem de janelas e portas	500
	2. Presença abundante de fumo de tabaco na sala de estar, corredores comuns e por vezes nas enfermarias	5	5	5	2.Número elevado de fumadores na enfermaria, que não respeitam área reservada aos não fumadores.	2.Aumento do risco de doenças associadas ao consumo de tabaco. Desconforto ambiental relacionado com a atmosfera poluída	2. Adaptar o serviço à Lei nº 37/2007 (Lei do Tabaco) criando uma sala específica apara o consumo. Promover sensibilização antitabágica	125
	3. Utentes idosos por vezes apresentam baixa capacidade em ajustar-se à temperatura ambiente ou afastar-se do ambiente poluído.	5	5	5	3.O envelhecimento contribui para um desajustamento da capacidade de termorregulação	3. Aumento do risco de descompensação orgânica junto dos utentes idosos.	3. Instruir os assistentes operacionais, famílias e outros funcionários na supervisão da indumentária dos utentes idosos.	125
	4. Falta de condições de higiene e reposição de material a nível das instalações sanitárias/enfermarias	5	5	5	4. Serviço de limpeza ineficaz (horários/frequência) Falta de sensibilização dos A.O. para reposição frequente de material Aumento da sobrecarga destes profissionais	4.Conforto ambiental comprometido a nível da higiene e maus cheiros Falta de papel higiénico no WC dos utentes e profissionais	4. Sensibilização dos profissionais em causa por parte da chefia do serviço Solicitação junto dos responsáveis para aumento de recursos humanos a nível dos serviços de limpeza e assistentes operacionais Disponibilizar AO apenas para a copa, disponibilizando os restantes para atendimento das necessidades das enfermarias/reposição de material	125

	5. Internamentos prolongados (podendo exceder 30 dias) devido a sintomatologia psiquiátrica grave em utentes idosos com comorbilidade física.	5	10	10	5. População envelhecida, com baixo suporte social e familiar, que recorre aos serviços do CHPL para atender às suas necessidades.	5. Aumento da sobrecarga dos profissionais. Risco de agravamento de doença crónica e/ou aguda e sua sintomatologia. Aumento da despesa do CHPL com os internamentos prolongados.	5. Classificar os utentes quanto ao nível de dependência (ex Escala de Bartel) de modo a solicitar aos responsáveis dotações seguras com base em dados objetivos). Implementação de Atividades estruturadas de treino de competências sociais (comunicação, relações), orientação para a realidade e estimulação cognitiva	500
Tranquilidade	6. Presença de ansiedade/inquietação nos doentes, que não apresentam estratégias para geri-la, por vezes não resolvida apenas com medidas farmacológicas	10	5	10	6. Sentimento de falta de liberdade e aprisionamento no internamento Restrição do espaço e imposição de regras e normas específicas do serviço Visão negativa de si mesmo, do futuro e do mundo Convivência diária com certos doentes, geradora de desordem e agitação e mesmo conflitos interpessoais Restrição do contato com exterior e familiares Vulnerabilidade e fracos recursos cognitivos perante a ansiedade Fatores neurofisiológicos predisponentes à ansiedade, associados à doença mental Falta de formação, disponibilidade e motivação dos profissionais para a implementação de atividade psicoterapêutica	6. Aumento do fator ansiedade nos e consequente instabilidade e agravamento da doença Visão distorcida das causas e significados dos acontecimentos de vida Sentimento de incapacidade para decidir sobre a sua vida Aumento da sobrecarga dos profissionais	6. Implementação de atividades de gestão da ansiedade (relaxamento; exercício físico; atividades promotoras de conforto emocional~ Promoção de afetos positivos com pares, profissionais e familiares Escuta ativa e aconselhamento Promover ambiente acolhedor e as relações sociais e familiares Promover a compreensão de si como ser em potencialidade Promover recursos humanos que permitam implementação de atividades adequadas Aumentar a motivação e disponibilidade da equipa	500

7. Sentimentos vivenciados pelos utentes como: Tristeza, medos e receios perante a doença psiquiátrica e o tratamento	10	10	10	<p>7. Falta Informação quanto à evolução do internamento e a própria doença psiquiátrica e seu tratamento</p> <p>Fraco suporte social e familiar</p> <p>Difícil adaptação à mudança e à crise, principalmente nas pessoas idosas</p> <p>Falta de formação, disponibilidade e motivação dos profissionais para a implementação de atividades psicoterapêuticas</p>	<p>7. Não colaboração na procura de comportamentos promotores da saúde mental</p> <p>Incapacidade ou incerteza perante a necessidade de ser ou estar internado</p> <p>Dificuldade na adesão ao regime terapêutico</p> <p>Sentimento de Abandono e solidão</p> <p>Inexistência de um contexto terapêutico percebido como protetor e renovador</p> <p>Sobrecarga dos profissionais</p>	<p>7. Melhorar a articulação da informação do médico para com os utentes</p> <p>Implementação de mais atividades de Psicoeducação/Educação para a saúde/reuniões comunitárias</p> <p>Promover recursos humanos que permitam implementação de atividades</p> <p>Aumentar a motivação e disponibilidade da equipa para apoio emocional, aconselhamento, escuta ativa de uma forma mais aprofundada</p>	1000
8.Promoção pouco eficaz da autoimagem e autoestima dos utentes	5	5	5	<p>8. Normas e regras do serviço em relação à utilização de objetos Pessoais</p> <p>Acesso restrito a objetos pessoais (espólio)</p> <p>Sobrecarga dos profissionais na assistência ao autocuidado (ex. fazer a barba; secar o cabelo...)</p> <p>Inexistência de cacifos de individuais para os doentes e falta de pessoal para a gestão deste processo</p> <p>Falta de formação, disponibilidade e motivação dos profissionais para a implementação de atividades psicoterapêuticas</p>	<p>8.Baixa autoestima</p> <p>Isolamento social</p> <p>Diminuição do leque de relacionamentos afetivos</p> <p>Medo da rejeição</p> <p>Sentimentos de Auto culpabilização</p> <p>Solidão e desânimo</p> <p>Sentimento de impotência e desesperança</p> <p>Baixos níveis de realização pessoal</p>	<p>8. Implementar mais atividades psicoterapêutica orientado para a gestão melhoria da autoestima e autoconfiança</p> <p>Aumento do vínculo comunicacional entre a equipa/família/utente</p> <p>Estimular e fazer ensino às famílias em relação a trazer objetos pessoais Devidamente identificados e Respeitando as normas de segurança</p> <p>Sensibilização dos vários profissionais para a importância da autoimagem e sua promoção</p> <p>Sistema individualizado de cacifos que permitam a utilização de objetos pessoais</p>	125

						<p>Insatisfação e percepção negativa de si mesmo</p> <p>Diminuição de interesse e motivação para a manutenção do autocuidado</p> <p>Falta de colaboração no regime terapêutico</p> <p>Sentimento de impotência e falta de disposição para enfrentar os desafios da doença</p>	Destacamento de um assistente operacional apenas para a copa, orientando os restantes para a gestão das necessidades dos utentes/enfermarias	
Transcendência	9. Deficiente preparação para a alta e ausência do projeto e sentido da vida	10	10	10	<p>9. Falta de insight para situação de saúde e manutenção do tratamento</p> <p>Estigma sentido face à doença mental</p> <p>Fraco suporte emocional e social proveniente do exterior (família, comunidade)</p> <p>Sentimento de incapacidade para se transcender</p>	<p>9. Risco de reinserção social diminuída</p> <p>Risco de diminuição ou não adesão ao tratamento e reinternamento</p> <p>Risco de não adoção de estilos de vida saudáveis</p> <p>Medo e receio perante a doença e o futuro</p> <p>Sentimento impotência gerado pela doença que impossibilitam o projeto de vida</p>	<p>9. Aumentar intervenções psicoterapêuticas orientadas para o aumento do empoderamento na construção do projeto de vida e preparação da alta</p> <p>Maior envolvimento e articulação da equipa multidisciplinar, famílias e recursos existentes</p> <p>Manter e desenvolver e encaminhar para os projetos existentes no serviço de assistência de enfermagem como o grupo pós-alta/projeto Petrarca/ Grupo de famílias</p> <p>Aumento dos recursos humanos</p>	1000

Concluindo esta análise, consideramos importante ressaltar aspetos como a sobrecarga de trabalho da equipa de enfermagem devido a reduzidos recursos humanos, a falta de disponibilidade e motivação dos profissionais para a implementação de atividades terapêuticas promotoras de conforto e a faixa etária envelhecida da população internada.

A sustentar estes aspetos, Tutton & Seers (2004) enfatizam o crescimento da população com 65 anos ou mais, consumidora de cuidados de saúde nomeadamente de serviços hospitalares prestadores de cuidados agudos. A particular fragilidade desta faixa etária e a elevada suscetibilidade de desenvolvimento de síndrome disfuncional, faz com que fiquem subvalorizadas as dimensões relacional, comunicacional e/ou afetiva, que têm um papel preponderante nos aspetos confortadores, (Costa, 2006; Oliveira, 2011, Oliveira & Lopes, 2010), sendo que os idosos apresentam uma necessidade acrescida que os enfermeiros sejam compreensivos, humanos, carinhosos e atenciosos (Cardoso, 2000; Costa, 2011).

Como o conforto é central para a enfermagem, e a enfermagem é central para o cuidado à pessoa hospitalizada, é crucial que os profissionais sejam capacitados e tenham meios para cumprirem o seu potencial nesta área. Porque a pessoa idosa não é apenas um adulto com mais anos, mas sim uma pessoa que atingiu um patamar de desenvolvimento qualitativamente diferenciado, e que por tal, pode perspetivar a vida, a saúde e o conforto de modo distinto do adulto (Dowd, 2004; Kolcaba, 2003). Por outro lado, “a vulnerabilidade e dependência dos idosos determinam estratégias de intervenção profissional marcadas pela singularidade” (Costa, 2006).

3.3.3. Outras intervenções desenvolvidas

Formação em serviço

Procuramos através da formação em serviço desenvolvida (apêndice XIV), realçar importância da autonomia do exercício profissional a nível da prestação de cuidados de conforto, quer o desenvolvimento de atividades autónomas de enfermagem que permitam o diagnóstico de necessidades e intervenção nas mesmas.

Foi essencial a discussão com toda a equipa na otimização da FMEA, face à perceção dos indicadores de risco, causa e efeitos e às sugestões mais adequadas para melhoria da qualidade dos cuidados. Tal permitiu a reflexão, problematização da

realidade e tentativa de resolução de forma a proporcionar mudanças individuais, coletivas e estruturais, conforme nos refere Lourenço & Mendes (2008), em relação ao intuito da formação em serviço.

Grupo de famílias

Considerando que a presença dos familiares no tratamento proporciona conforto e tranquilidade e ajuda a manter a pessoa doente no seio da família (Heitor dos Santos, 2000; APA, 2004) foi criado um grupo de apoio à família do utente com doença mental grave (que estiveram internados no serviço) que se realiza quinzenalmente, à 4ª feira, na primeira e terceira semana de cada mês, das 13h30m às 15h30m. Neste contexto tivemos oportunidade de assistir e participar em 3 reuniões.

A filosofia desta intervenção consiste na implementação de um espírito de entreajuda em grupo. O pensamento de Gonçalves-Pereira *et al* (2006:3) explicita que este tipo de abordagem tem o foco no componente pedagógico, de suporte emocional ou misto. Pudemos verificar que esta intervenção educativa e de suporte mútuo constitui um importante espaço de partilha de vivências, sentimentos e emoções, angústias e incertezas vividas pelos familiares, são um suporte mútuo e efetivo no viver quotidiano dos familiares.

A perceção da equipa de saúde é de que a família assume uma grande parte dos cuidados à pessoa com doença mental, e apresenta dificuldades que se prendem com a gestão da agressividade verbal, falta de colaboração do utente, incompreensão dos comportamentos, qual a melhor forma de atuar e na gestão da terapêutica. Assim, as famílias são também alvo dos cuidados, aprendendo a gerir com êxito as situações relacionadas com o seu familiar, adquirindo e/ou desenvolvendo competências que lhe permitam dar o apoio necessário, através de treino, educação e suporte (McFarlane *et al*, 2003; CNRSSM, 2007).

Projeto PRETRARCA- Prevenir e tratar em Casa

Este projeto tem como principal objetivo prevenir, detetar precocemente e tratar a doença mental nas pessoas, famílias e grupos da comunidade, diminuindo o impacto das perturbações mentais. Através de uma equipa móvel, com qual tivemos oportunidade de colaborar, é garantido o tratamento e prevenção de recaídas dos utentes, numa perspetiva que associa o tratamento farmacológico a uma vertente terapêutica psicossocial, realizada na residência dos doentes. Aos enfermeiros,

associam-se outros técnicos, médicos, assistentes sociais e psicólogos, de acordo com as necessidades dos doentes.

A participação nas consultas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário, possibilitaram a observação do indivíduo no seu espaço físico e emocional/social e uma aproximação ao próprio e ao seu meio ambiente, permitindo perscrutar as relações afetivas e sociais entre os membros da família e o meio envolvente. Para além da promoção de uma relação terapêutica entre estes utentes/famílias e os profissionais, é possível a avaliação de situações que possam comprometer ou alterar o estado de saúde mental da pessoa/família, e a realização de intervenções psicoeducativas no âmbito do reconhecimento precoce de sinais e sintomas de descompensação.

Programa Piloto de Apoio Ambulatório (PPAA)

Este programa funciona numa perspetiva de intervenção psicossocial, focalizada no tratamento da pessoa com doença mental, pretendendo por um lado capacitar o utente com doença mental grave e por outro lado evitar o reinternamento. As áreas abordadas envolvem o reforço das capacidades de comunicação, de participação em atividades grupais estruturadas e de gerir adequadamente a toma dos medicamentos (Caldas de Almeida e Xavier, 1997:859). Contempla uma intervenção multidisciplinar, constituída pelo psiquiatra, psicóloga, enfermeiro e terapeuta ocupacional em que cada um dos técnicos desenvolve consultas com o objetivo de identificar áreas problemáticas de forma a melhorar a adesão ao tratamento.

As consultas de enfermagem têm como objetivos colher dados (incluindo dados sociodemográficos, hábitos de vida, balanço dos recursos e stressores, falsas crenças em relação a medicação) e otimizar a participação do utente para que este controle o seu próprio bem-estar. São utilizadas estratégias comportamentais e motivacionais como terapia de resolução de problemas, que consiste na combinação estruturada de aconselhamento e terapia cognitivo-comportamental.

Os instrumentos utilizados na consulta são: folha de colheita de dados (ficha de estatística); folha de avaliação de enfermagem (Modelo de Betty Neuman); instrumento de avaliação da adesão a medicação; folha sistematização dos problemas e dificuldades e estabelecimento com utente de estratégias a desenvolver. A monitorização da evolução da adesão à medicação é feita com o preenchimento de alguns instrumentos de autoavaliação (relativos a benefícios e desvantagens da

medicação; que estratégias usa ou gostaria de usar para cumprir a medicação; identificação dos medicamentos que faz).

Através da participação nesta intervenção constatamos que a mesma vai ao encontro ao preconizado pela CNRSSM (2007-2016:85), que refere que o objetivo da nova política de Saúde Mental “é ajudar a pessoa a recuperar plenamente a sua vida na comunidade, com apoio especializado quando necessário, garantir o acesso aos cuidados de saúde mental a todas as pessoas que deles necessitem, fora das grandes instituições e na proximidade dos locais onde as pessoas vivem e promover a reabilitação e a integração na sociedade, em articulação com outros serviços da comunidade”.

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Aprender, trata-se de um processo dinâmico e adaptativo que exige um questionamento constante dos diferentes saberes com vista à aquisição de competências. Segundo Le Boterf (2003), a competência é um saber agir profissional, responsável e reconhecido pelos outros. Desta forma, o enfermeiro mobiliza competências que lhe permitem saber compreender e agir conforme a situação.

Os enfermeiros são uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, “(...) para satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes, assim como a organização desses cuidados em ordem a responder às solicitações da população (...)” (OE, 2003). As situações complexas que surgem diariamente exigem uma atenção diferenciada e em tempo. É expectável que o enfermeiro especialista seja um profissional reflexivo, com capacidade de mobilizar os conhecimentos e a experiência, para uma abordagem holística, contextualizada e de excelência.

A Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria dirige-se hoje aos projetos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença mental com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida, conforme refere a OE (2009). Foi nossa pretensão sobretudo adquirir competências de enfermeiro especialista, através de uma abordagem sistematizada do conforto e da demonstração dos ganhos em saúde que daí podem advir.

Concomitantemente desenvolvemos as competências comuns e específicas preconizadas pela OE e as competências em ESMP preconizadas no Plano de Estudo da ESEL nos seguintes domínios:

Auto conhecimento/ Desenvolvimento Pessoal e Profissional - Desenvolvemos o processo de autoconhecimento e consciência de si, enquanto pessoa e profissional na prestação de cuidados especializados promotores do conforto, na identificação de emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais passíveis de interferir na relação. Atingimos uma maior capacidade de auto e hetero avaliação, através da reflexão crítica e de jornais de aprendizagem, inspirados no *Ciclo de Gibbs*.

Avaliação das Necessidades de Saúde - A aplicação da ECIP adaptada no HD e a avaliação do conforto nas diferentes intervenções estruturadas de enfermagem, permitiu realizar uma avaliação global do conforto, visando a identificação das necessidades de promoção da saúde e de prevenção da doença mental; recolher dados utilizando diferentes técnicas e instrumentos de avaliação.

Diagnóstico do Estado de Saúde - A aplicação da ECIP 51 e o acompanhamento individual permitiram através do plano de cuidados diagnosticar problemas de saúde mental a nível do conforto, entre outros, utilizando utilizar sistemas de taxonomia padronizados no diagnóstico de enfermagem tais como, CIPE, NIC e NOC.

Planeamento e Implementação de Cuidados de Enfermagem - Foram planeados cuidados de enfermagem visando a prevenção da doença mental, a promoção dos processos de readaptação, através do aumento do conforto e a máxima independência na satisfação das mesmas; A prática clínica foi sempre baseada em evidência científica, nomeadamente na teoria do conforto preconizada por Katherine Kolcaba.

Relação Terapêutica e Aconselhamento - Através do acompanhamento individual e o programa de sessões promotoras de conforto foi possível iniciar, desenvolver e finalizar intervenções psicoterapêuticas individuais e de grupo, onde foram desenvolvidas estratégias de comunicação terapêutica na redução do sofrimento, a promoção dos processos adaptativos e mudanças a nível comportamental.

Reabilitação e Reinserção Psicossocial - Ao longo de todo o estágio foram desenvolvidas intervenções de âmbito psicoterapêutico aos indivíduos e grupos de modo a promover o conhecimento, a compreensão e a gestão dos problemas em relação às necessidades de conforto sentidas e à saúde mental em geral.

Promoção e Desenvolvimento da Profissão - Ao trabalhar uma temática que por natureza interessa à enfermagem e presentemente devidamente fundamentada com a Teoria do Conforto, permitiu mobilizar um quadro teórico específico da disciplina e orientar o desenvolvimento profissional para o nível de perito em enfermagem. Foi possível executar formação sobre o conforto aos enfermeiros do serviço de

internamento, estimulando e incentivando quer a autonomia do exercício profissional a nível da prestação de cuidados de conforto, quer o desenvolvimento de atividades autónomas de enfermagem que permitam o diagnóstico de necessidades e intervenção nas mesmas, assim como a melhoria da qualidade dos cuidados.

Monitorização da Qualidade de Cuidados - A construção da FMEA permitiu monitorizar as práticas clínicas em relação aos cuidados de conforto prestados pelos enfermeiros num serviço de internamento e a promoção da qualidade dos mesmos. Identificámos áreas de conforto carentes através de dados objetivos e desenvolvendo indicadores operacionais para a criação de um programa de intervenção ajustado às necessidades encontradas promovendo ao mesmo tempo um ambiente terapêutico seguro.

De acordo com o Modelo de Dreyfus de Benner (2001), da experiência como enfermeira, existiam inicialmente conhecimentos que permitiam atuar face à execução do plano de cuidados à pessoa com doença mental (e sua família). Assim sendo, falamos ao nível de *competente* face a esta problemática.

Com a realização deste estágio atingimos o nível de *proficiente*, estado em que o enfermeiro “apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados, e as suas ações são guiadas por máximas” (Benner, 2001:54-5). Segundo a mesma autora, chegámos a um ponto de compreensão de cada situação de cuidados intuitivamente, tendo noção da complexidade e da perícia exigida por um determinado cuidado, sendo detentores de conhecimento advindo da prática que permite um olhar abrangente e holístico das situações e com a capacidade de previsão de acontecimentos.

De futuro, e de acordo com este modelo, pretendemos que a aquisição de saberes teóricos seja confrontada e aplicada à prática diária de cuidados, para que gradualmente e de acordo com o desejável, se ampliemos o carácter, o conhecimento e a competência para o desenvolvimento da própria prática, de modo a evoluir para perito. Ou seja, ser aquele que “(...) tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem perder num largo leque de soluções e de diagnóstico estéreis. (...) age a partir da compreensão profunda da realidade” (Benner, 2001:58).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em termos de avaliação global deste projeto, pensamos ter demonstrado que os enfermeiros, como nos refere a literatura, pelas competências que detêm na abordagem da pessoa/família, bem como pelo seu trabalho de proximidade, assumem um papel privilegiado no cuidar, no qual o sofrimento e o desconforto são sempre possíveis apelos, e o conforto uma necessidade sempre presente (Vieira, 2007; Nunes, 2011).

A teoria de médio alcance de Katherine Kolcaba encaixa sobremaneira na filosofia dos cuidados de conforto em saúde mental, tendo fornecido explicações interessantes sobre os estados de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) e a influência dos diferentes contextos na vivência do conforto (física, sociocultural, psicoespiritual e ambiental).

Os instrumentos utilizados, em particular a ECIP 51, modificada para este trabalho em particular, permitiu-nos a mensuração de necessidades de conforto no HD e a obtenção resultados que foram consonantes com outros métodos de avaliação subjetiva, tais como a partilha pela palavra e entrevistas semiestruturadas.

Os ganhos em saúde conseguidos permitiram não só demonstrar a importância do diagnóstico e intervenção nas necessidades de conforto no grupo de utentes de HD, como nos orientou para a especificidade de estados de conforto como a tranquilidade e a transcendência, que continuam, à semelhança dos utentes estudados em contexto de clínica psiquiátrica, a ser áreas prioritárias na satisfação do conforto neste grupo abordado neste contexto.

No serviço de internamento, através de métodos como a FMEA e a formação em serviço, foi possível a avaliação da qualidade dos cuidados de conforto e a clarificação fundamentada e objetiva de quando e como os enfermeiros podem promover os cuidados mais adequados. A participação em outros projetos do serviço como o grupo de famílias, PETRARCA e PPAA constituíram uma fonte preciosa de aprendizagem. Em relação à concretização dos objetivos propostos neste projeto, foi primeiramente nossa pretensão definir que intervenções de cariz psicoterapêutico poderiam ser implementadas pelos enfermeiros, de forma a responder às necessidades do conforto de um grupo de utentes internados em HD.

Através dos resultados da ECIP 51 modificada ressaltaram nos contextos físico e psicoespiritual, maiores necessidades de conforto nas dimensões da tranquilidade e transcendência. A implementação de intervenções estruturadas de enfermagem devidamente fundamentadas, com abordagens terapêuticas a nível da promoção da autoestima, espiritualidade, autoconceito, relaxamento muscular e atividade física evidenciaram resultados de enfermagem como controle de sintomas, bem-estar físico, bem-estar psicológico, relaxamento muscular, nível de energia, afeto calmo e tranquilo, sono, humor, autoestima, promoção do exercício, motivação, sentimentos de autoaceitação e autovalorização e identificar múltiplas estratégias de *coping*.

As necessidades detetadas no contexto sociocultural situaram-se a nível do alívio e transcendência, em que intervenções promotoras da assertividade nas relações sociais e familiares parecem ter originado resultados de enfermagem a nível das relações sociais, interação social, comunicação de necessidades e sentimentos apropriadamente, expectativas de resposta pelos outros, aceitação de críticas construtivas e vontade de confrontar outros.

Aquando a reaplicação da ECIP 51 modificada numa avaliação final, apesar de ser um grupo aberto, 44,4% dos utentes permaneciam desde o início, tendo beneficiado de todas as intervenções e todos os elementos beneficiaram pelo menos três intervenções. Verificámos maiores ganhos em saúde no contexto psicoespiritual e físico a nível da tranquilidade e transcendência e no contexto sociocultural, a nível do alívio e transcendência, dimensões essas onde tínhamos verificado maiores necessidades de conforto na avaliação inicial e que foram consequentemente trabalhadas.

Numa segunda instância, quisemos avaliar a qualidade dos cuidados de conforto num serviço de internamento de agudos. A FMEA implementada permitiu-nos principalmente alertar a equipa para indicadores de risco com RPN elevado, que se situaram maioritariamente nos estados da tranquilidade e transcendência. Foram evidentes sentimentos vivenciados pelos utentes como tristeza, medos e receios perante a doença psiquiátrica e seu tratamento e deficiente preparação para a alta e ausência de projeto e sentido da vida. Nas necessidades de alívio obteve-se como fatores de maior risco condições ambientais e estruturais inerentes ao próprio serviço e os internamentos prolongados devido a sintomatologia psiquiátrica grave em utentes idosos com comorbilidade física.

Pensamos que a formação em serviço e todo o trabalho com a equipa de enfermagem a este nível constituiu uma estratégia capaz de gerar mudança a nível da qualidade da prestação de cuidados de conforto e de alertar para os vários aspetos do conforto na doença mental e de como os enfermeiros se podem situar nesse contexto. Como refere Dias (2004) esta partilha permitiu refletir em conjunto sobre práticas e cuidados prestados e constituiu um meio capaz de dar resposta às necessidades sentidas pelos profissionais. Permitiu igualmente a atualização de conhecimentos, alertando para a necessidade de manter um espírito aberto à inovação e apelando à criatividade e responsabilidade individual, em particular no que diz respeito à qualidade dos cuidados de conforto prestados e principais áreas a intervir.

Pensamos desta forma ter atingido os objetivos a que nos propusemos para a especificidade dos contextos em questão, tendo obedecido ao que preconiza a metodologia do projeto, que nos permitiu centrar na resolução de problemas reais e pertinentes, como as necessidades de conforto do grupo de HD, criando assim uma relação entre a prática e a teoria (Teoria do conforto de Katherine Kolcaba).

As principais limitações sentidas prenderam-se com a escassa evidência do conforto nos utentes internados em HD / ambulatório. Por outro lado, este facto foi benéfico no sentido em que produzimos conhecimento, usando estratégias como a modificação da escala ECIP 51, de forma a mensurar as necessidades de conforto neste grupo específico e implementar intervenções estruturadas de enfermagem que julgámos ser mais adequadas e com a obtenção de ganhos em saúde.

Seria interessante perceber ao longo do tempo e após intervenções compensadoras instituídas a evolução destes utentes na perspetiva de um dos pressupostos básicos da teoria do conforto de Katherine Kolcaba, em que o conforto melhorado proporciona ânimo aos doentes para empreenderem os comportamentos de procura de saúde (Health Seeking Behaviors), o que não foi possível apurar.

Como propostas futuras pensamos ter todo o interesse a continuidade deste trabalho no HD, no sentido da criação/adaptação de um instrumento para mensuração dos cuidados de conforto neste contexto específico, seguindo assim a inspiração de autores que referem a importância de estudos que continuem a investigação do significado e as necessidades de conforto sob o ponto de vista dos clientes numa variedade de situações, em diferentes grupos etários e géneros (Mussi *et al*,1996).

Mussi (1994), enfatiza que devem ser contemplados os fatores promotores de conforto e quando e como os enfermeiros podem promover e verificar formas apropriadas para

avaliar com precisão o grau de satisfação ou insatisfação de uma necessidade de conforto. Remetemos aqui para a importância deste facto principalmente no âmbito do HD, que sendo um contexto rico em experiências complexas de cuidados, o fenómeno do conforto é abordado de forma não objetiva.

Tornou-se claro com este trabalho que independentemente do paradigma conceptual em que um enfermeiro se situe e das exigências institucionais que condicionem a sua prática de cuidados, as necessidades de conforto da pessoa com doença mental é inquestionável e incontornável. O conceito *conforto* apresenta um elevado interesse e potencial para a enfermagem, (se devidamente utilizado e valorizado), por poder ser considerado, como um resultado sensível à intervenção do enfermeiro, associado quer à gestão e controlo de sintomas (na perspectiva do alívio do desconforto) (Sidani, 2011), quer à satisfação com os cuidados e com os seus resultados (Laschinger, *et al*, 2011).

A aquisição e aperfeiçoamento das competências adquiridas e refletidas com espírito crítico permitiu extrapolar para o contexto profissional saberes e conhecimentos específicos no diagnóstico e intervenção do conforto. Tendo demonstrado um efeito que consideramos substancial no aumento do conforto em saúde mental, estas intervenções autónomas de enfermagem, podem e devem ser incluídas no plano de cuidados dos utentes, pois “para agir de forma competente não basta possuir capacidades, motivações, valores ou incentivos aleatoriamente; é necessário integrá-los e articulá-los de forma dinâmica e eficaz, mediante as problemáticas e os contextos” (Mendonça, 2009:61).

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alberti, R. & Emmons, M. (1983). *Comportamento assertivo. Um guia de autoexpressão*. Belo Horizonte. Interlivros.

Antunes *et al.* (2005). Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [em linha] 27 (4):266-71. Acedido a 12 de Outubro de 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462005000400003&script=sci_arttext&tlng=es

Apóstolo *et al* (2007). Avaliação das qualidades psicométricas da escala de avaliação do conforto em doentes psiquiátricos. *Psychologica*, [em linha] (44), 489-504. Acedido a 20 de Fevereiro de 2014. Disponível em <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:182>.

Apóstolo, J. (2007). *O imaginário conduzido no conforto de doentes em contexto psiquiátrico*. Dissertação de doutoramento em ciências de enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; ICBAS. Porto.

Apostolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência*, II Série (9), 61-67.

Apóstolo, J. (2010). *O Conforto pelas Imagens Mentais na depressão ansiedade e stresse*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra e ESEC. ISBN/ISSN 978-989-26-0036-9

Apostolo, J. *et al* (2012). Conforto/ Desconforto em Doentes Internados em Clínica Psiquiátrica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (7), 33-38.

Barbosa, A. & Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. (2ªed.). Núcleo de Cuidados paliativos, Centro de Bioética: Faculdade de Medicina de Lisboa

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bragança (2013). *Desinstitucionalização do doente mental*. Bragança: Escola Superior de Educação. Dissertação de Mestrado em Educação Social. [em linha] Acedido a 02-11-2014. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8409/1/Tese%20Orlando%20Bragan%C3%A7a.pdf> .

Bruges, M. (2007). *Mastectomia e autoconceito*. Loures. Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8383-50-9

Buck, J. N. (2003). *H-T-P: Casa – Árvore – Pessoa. Técnica Projetiva de Desenho: Manual e Guia de Interpretação*. (1ª ed.). São Paulo: Vetor.

Caldas de Almeida J. & Xavier, M. Perspectivas actuais do tratamento da esquizofrenia na comunidade. *Acta Médica Portuguesa*. 12 (1997) 885-862.

Caldeira, S. (2011). *Espiritualidade no Cuidar. Um imperativo ético*. Lisboa: Coisas de Ler.

Campos, L. (2009). *Doença mental e prestação de cuidados*. Universidade Católica Portuguesa: Lisboa.

Cardoso, M. (2000). *O cuidar em Gerontologia. Uma análise etnográfica da prática dos enfermeiros*. (Dissertação em mestrado não publicada). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.

Castro, L. & Ricardo, M. (2003). *Gerir o trabalho de projecto: guia para a flexibilização e revisão curriculares*. Lisboa: Texto Editora.

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção terapêutica- Os fundamentos existenciais humanistas da Relação de Ajuda*. Editora Lusodidacta

Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica – Estratégias de Intervenção*. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-21-5;

Collière, M.F. (1999) *Promover a vida. Da prática as mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa. Lidel

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental - Relatório Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007/2016. Lisboa:

Conselho Internacional de Enfermeiras (2000). *CIPE/ICNP® Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão Beta*. Trad. Adelaide Madeira, Leonor Abecassis, Teresa Leal. Lisboa. Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN 972-98149-1-0

Costa, A. (2006). *Cuidar Idosos: Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros* (2ª ed.). Lisboa: Coedição FORMASAU, Formação e Saúde Lda e EDUCA

Costa, A. (2011). *Os enfermeiros e as representações sociais sobre o envelhecimento: Implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada. “Não esperamos uma resposta, fazemos”*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa.

Damásio, A. (2010). *Livro da Consciência: A construção do cérebro consciente*. Editora Temas e Debates, ISBN 9896441200.

Dias, J. (2004). *Formadores: Que Desempenho?* Loures: Lusociência. 197 p. ISBN 972-8383-75-4.

Doenges, M.; Moorhouse M. (2010). *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: um texto interactivo para o raciocínio diagnóstico*. Loures: Lusociência

Domingues & Bernardo. (2006) *Promover a Vida Saudável e com Sentido*. 2ª Ed. Porto

Dowd, T. (2004). Katharine Kolcaba. *Teoria do Conforto*. In: A. Tomey & M. Alligood (Ed.). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra*. Modelos e teorias de Enfermagem (5ª Edição) (p. 481-495). Loures: Lusociência.

Du Gas B. (1974) *Enfermagem prática*. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Ellis, N.*et al* (2007). Exercise interventions as an adjunct therapy for psychosis: a critical review. *British journal of clinical psychology*, [em linha] 46(1), 95-111. Acedido a 12 de Setembro de 2014. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/014466506X122995/pdf>

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lisboa: Lusociência. ISBN 978-972-8930-83-7

Fontes, B. (2007). Redes sociais e saúde: sobre a formação de redes de apoio no cotidiano de portadores de transtorno mental. *Revista de Ciências Sociais*. [em linha]

26. 87-104. Acedido a 03 de Fevereiro de 2015. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/politicaetrabalho/article/view/6774/4212>

Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.

Fountoulakis *et al* (2003). Unipolar late-onset depression: A comprehensive review. *Annals of General Psychiatry*, [em linha] 2 (1). 11. Acedido a 12 de Outubro de 2014. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1475-2832/2/11>

Francis, G. & Munjas, B. (1979) *Promoting psychological comfort*. 2.ed. Dubuque,

Freyre, F. (2006). *Entre a história no papel e o papel na história no âmbito das doenças mentais*. Dissertação de Mestrado em Sociologia. Instituto de Ciências Sociais. Universidade do Minho.

Galassi, M., & Galassi, J. (1977). *Assert yourself! How to be your own person*. New York: Human Sciences Press.

Galdeano, L. et al. (2003) Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, [em linha] Ribeirão Preto, 11 (3) 371-375. Acedido a 16-10-2014. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/1_6548.pdf.

Gonçalves Pereira, M. *et al* (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia – Dos Aspectos Teóricos à Situação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 19 (1),8

Grilo, A. (2012). Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente. *Psicologia, Saúde & Doenças* [em linha] 13 (2), 283-297. Acedido 06 Outubro de 2014. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862012000200011&lng=pt&tlng=pt

Heitor dos Santos, M. (2000). Esquizofrenia, perspectivas actuais de reabilitação psicossocial. *Psicologia*. XIV (1), 91-109.

Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa (2001). *Dicionário da língua portuguesa contemporânea*. Lisboa. Editorial Verbo.

Jara, J. M. (2008). Doença bipolar, estigma e psicoeducação. *Bipolar*. 33 (3)-7

Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Lisboa: Edições Asa. ISBN: 9789724141220

Kirschbaum, D. & Paula, F. (2002). Contradições no discurso e na prática do trabalho de enfermagem nos serviços-dia de saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [em linha] 36 (2), 170-176. Acedido a 31 de Março de 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342002000200010&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0080-62342002000200010.

Koga, M.; Furegato, A. (2002). Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. [em linha] *Ciência, Cuidado e Saúde* [em linha] 1 (1): 75-79. Acedido a 12 de Outubro de 2014. Disponível em : <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5656>

Kolcaba, K. & Steiner, R. (2000). Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*. [em linha] 18 (1) 46-62. Acedido a 12 de Outubro de 2014. Disponível em : <http://jhn.sagepub.com/content/18/1/46.short>

Kolcaba, K. & Vendlinski, S. (1997). Comfort care: A framework for hospice nursing. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, [em linha] 14(6), 271-276. Acedido a 12 de Outubro de 2014. Disponível em: http://www.researchgate.net/publication/13836801_Comfort_care_a_framework_for_hospice_nursing

Kolcaba, K. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Journal Of Nursing Scholarship*, [em linha] 23 (4),237-240. Acedido a 20 de Abril de 2015. Disponível em: CINAHL Plus with Full Text, EBSCOhost

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing* [em linha] 19 (6), 1178-1184. Acedido a 19 de Dezembro de 2014. Disponível em: CINAHL Plus with Full Text, EBSCOhost.

Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*. [em linha] 49 (2), 86-92. Acedido a 23 de Dezembro de 2014 Disponível em: CINAHL Plus with Full Text, EBSCOhost

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.

Kolcaba, K. (2010) The Comfort Line. Theoretical Development. Acedido em 10/11/2014. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/home/faq.html#comfort>.

Landers, D. M. (1997). *The influence of exercise on mental health*. President's Council on Physical Fitness and Sports..

Laschinger, H. *et al* (2011). Patient Satisfaction as a Nurse-Sensitive Outcome. In D.M. Doran. *Nursing Outcomes. The state of the Science*, 2nd. Sudbury: Jones & Bartlett Learning. (pp. 359-408).

Latorre, A. (2003). *La Investigación-Acción*. Barcelo: Graó.

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed

Leininger, M. (1988) . Care : the essence of nursing and health. In Leininger, M., ed. lit. - *Care: the essence of nursing and health*. Detroit : Wayne State University Press. p. 3-16.

Leininger, M. (1995) .*Transcultural nursing: concepts theories, research and practices*. 2ª ed. New York : McGraw-Hill.

Lima, M. & Botega, N. (2001). Hospital-dia: para quem e para quê? *Rev. Bras. de Psiquiatria*. [em linha] 23 (4),195-9. Acedido a 10 Janeiro 2015. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7167.pdf> ISSN 1516-4446

Loureiro, C. (2011). Treino de Competências Sociais – uma estratégia em saúde mental: Conceptualização e Modelos Teóricos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, [em linha] (6), 7-14. Acedido a 12 de Dezembro de 2014, Disponível em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1647-21602013000100007&script=sci_arttext

Loureiro, C. (2013). Treino de Competências Sociais - Uma Estratégia em Saúde Mental: Técnicas e Procedimentos para a Intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, [em linha] (9), 41-47. Acedido a 12 de Dezembro de 2014, Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602013000100007&lng=en&tlng=pt.

Lourenço, C. & Mendes, R. (2008). Pensar a formação em enfermagem. *Revista Nursing*. 233 (5),38-43. ISSN 0871-6196

Macedo, E. (2012). Domínio relações sociais da qualidade de vida: um foco de intervenção em pessoas com doenças do humor. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (7), 19-24.

Mateus, M. (2011). Metodologia de trabalho de projecto: nova relação entre os saberes escolares e os saberes sociais. *EDUSER: revista de educação* [em linha] 3 (2). Acedido em 10 de Abril de 2015. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/6582/1/76-276-1-PB.pdf>

McFarlane,W. *et al* (2003) Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy* [em linha] 29 (2), 223-245. Acedido em 12 de Janeiro de 2015. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01202.x/abstract>

McIlveen, K. & Morse, J. (1995). The role of comfort in nursing care: 1900-1980. *Clinical Nursing Research*, [em linha] 4(2), 127-148. Acedido a 13 de Abril de 2015. Disponível em <http://cnr.sagepub.com/content/4/2/127.short>

Mendonça, M. (2002). *Ensinar e aprender por projectos*. Porto: Edições ASA.

Mendonça, S. (2009). *Competências Profissionais dos Enfermeiros - a Excelência do Cuidar*. Editorial Novembro.

Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano nacional de saúde mental 2007-2016 — Resumo executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental

Morrison, J. (2010). *Entrevista inicial em saúde mental*. 3ªed. Porto Alegre: Artmed.

Morse, J. M. (1992) - Comfort: the refocusing of nursing care. *Clinical Nursing Research*. [em linha] 1 (1), 91-106. Acedido a 13 de Abril de 2015. Disponível em <http://cnr.sagepub.com/content/1/1/91.short>

Morse, J. M. (2000). On comfort and comforting. *American Journal of Nursing*. [em linha] 100 (9) 34-38. Acedido a 13 de Abril de 2015. Disponível em

[http://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2000/09000/On Comfort and Comforting.32.aspx](http://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2000/09000/On_Comfort_and_Comforting.32.aspx)

Morse, J. M. *et al* (1995) - The paradox of comfort. *Nursing Research* [em linha] 44 (1), 14-19. Acedido a 11 de Fevereiro de 2015. Disponível em [http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/1995/01000/The Paradox Of Comfort.4.aspx](http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/1995/01000/The_Paradox_Of_Comfort.4.aspx)

Muldoon, M. & King, N. (1995) Spirituality, health care, and bioethics. *Journal of Religion and Health*, [em linha] 34 (4), 329–349 Acedido a 13 de abril de 2015. Disponível em <http://link.springer.com/article/10.1007/BF02248742#page-1>

Muñoz, J. *et al*, (2002) “Experiencias en investigación-acción-reflexión com educadores en proceso de formación en Colombia. *Revista Electrónica de Investigación Educativa* [em linha] 4 (1). Acedido a 12 de Março de 2015. Disponível em <http://redie.ens.uabc.mx/vol4no1/contenido-munevar.htm>

Mussi, F. (1996). Conforto: Revisão de Literatura. *Revista Escola Enfermagem Universidade de São Paulo*, [em linha] 30 (2), 254-266. Acedido a 12 de Dezembro de 2014. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/344.pdf

Mussi, F. (2005). Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito de conforto na enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, [em linha] 18 (1).72-81. Acedido a 09 de Novembro de 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103

Mussi, F. *Conforto: significados e necessidades na perspectiva do paciente com infarto agudo do miocárdio*. São Paulo, 1994. 102p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Mussi, F. *et al* (1996). Os significados da palavra conforto segundo a perspectiva do paciente com infarto agudo do miocárdio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [em linha] 4 (3), 19-39. Acedido a 02 de Novembro de 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411691996000300003&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0104-11691996000300003.

Nightingale, F. (1859/2005). *Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é*. Loures: Lusociência

Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia*. O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem*. Fundamentos e Horizontes. Loures: Lusociência

Oliveira, C. & Lopes, M.J. (2010). Construir laços de confiança e promover o conforto. *Pensar Enfermagem*, 14 (1) 67-74

Oliveira, C. (2008). A experiência de confortar a pessoa hospitalizada: uma abordagem fenomenológica. *Pensar Enfermagem*, 12 (1), 2-13.

Oliveira, C. (2011). *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: individualizar a intervenção conciliando tensões*. (Dissertação de doutoramento publicada). Lisboa: Universidade de Lisboa. Acedido a 13 de Outubro de 2014.

Oliveira, C. (2013). Conforto e Bem-estar enquanto Conceitos em Uso em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*. 17 (2). 2-8.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Divulgar: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos enfermeiros (2009). *Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro / Estatuto*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros

Ordem Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em ESM*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório Mundial da Saúde 2001:Saúde Mental, nova concepção nova esperança*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Orlando, L. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: function, process and principles*. Nova Iorque: G.P. Putnam's Sons.

Pais-Ribeiro, J. & Pombeiro, T. (2004). Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. In: Pais-Ribeiro J. & Leal I. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa.

Payne, R. A. (2000). *Técnicas de relaxamento – um guia prático para profissionais de saúde*. (2ª edição). Camarate: Lusociência

Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona: Salvat Editores

Pereira, V. (2010). *Materiais de Apoio à Unidade Curricular Ambientes em Saúde*. Curso Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação entrevista e relação de ajuda*. Loures: Lusociência

Phillips K. (2004). Irmã Callista Roy: Modelo de Adaptação. In: Tomey AM, Alligood M. *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Loures: Lusociência;. p. 335 – 33.

Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina-Porto*. [em linha] 21(2). 47-53. Acedido a 13 de abril de 2015. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9183>

Pinto, V. ; Conceição, A. (2008);Os enfermeiros na espiral do conforto. *Sinais Vitais* (80), 05-12. ISSN 0872-8844.

Ponte, J. P. (2006). Estudos de caso em educação matemática. *Bolema*, [em linha] 25, 105-132. Acedido em 12 de Novembro 2014. Disponível em <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docspt/06Ponte%20%28Estudo%20caso%209.p df>

Price, A. (1965). *Tratado de enfermería*. 3.ed. México, Interamericana,.

Reser, J. E. (2011). Schizophrenia and the metabolic syndrome. In Handbook of Behavior, Food and Nutrition (pp. 2617-2626). Springer New York. Minicucci, A. (2001). *Técnicas do trabalho de grupo*. 3.ed. São Paulo. Atlas

Ribeiro, P. (2008). O sofrimento do doente crónico: revisão de literatura (2000-2006). *Servir*, 56 (2), 80-89.

Romano, *et al* (2007). Contributos para validação da Escala de Autoestima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 109-116

Rosa, L. *et al* (2008). As faces do conforto: visão de enfermeiras e pacientes com câncer. *Rev. enferm. UERJ*, 16(3), 410-404

Santos, P. & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. *Psicologia: teoria, investigação e Prática*. 2. 253-268.

Sidani, S. (2011). Symptom Management. Ed. In D. M. Doran. *Nursing Outcomes. The state of the Science*, 2nd. Sudbury: Jones & Bartlett Learning.131-199.

Silva, A., & Pinto, J. (1999). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.

Slater, J. (1990). Effecting personal effectiveness: assertiveness training for nurses. *Journal of Advanced Nursing*, [em linha] 15, 337-356. Acedido a 23 de Fevereiro de 2015. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01822.x/abstract>

Stuart, G. & Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*.6ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora.

Thoresen, C. E. (1999). Spirituality and Health Is There a Relationship? *Journal of Health Psychology*, [em linha] 4(3). 291-300. Acedido a 23 de Fevereiro de 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22021598>

Toledo & Amaral (2009) - *FMEA, análise do tipo e efeito de falha*. Grupo de Estudos em Qualidade, Universidade Federal de São Carlos. Trabalho inédito não publicado

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* 5ª ed. Lisboa: Lusociência

- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. (6ª edição). Loures: Lusociência
- Tutton, E., & Seers, K. (2004). Comfort on a ward for older people. *Journal of Advanced Nursing*, [em linha] 46 (4), 380-389. Acedido a 23 de Fevereiro de 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15117349>
- Vaz Serra, A. (1988). O Autoconceito. *Revista Análise Psicológica*. 2(6)101-110.
- Vieira, M. (2007). *Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora
- Watson J. *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Rio de Janeiro: Lusociência; 2002, ISBN: 978-972-8383-33-6
- Watson, J. (1998). *Le caring. Philosophie et sciences des soins infirmiers*. Paris: Ed. Seli Arsean.
- Wright, L. (2005). *Espiritualidade, Sofrimento e Doença*. Coimbra: Ariadne Editora.
- Yacubian, J & Neto, F (2001). Psicoeducação familiar. *Família, Saúde Desenvolvimento* [em linha] 3 (2) 98-108. Acedido a 10 de Nov. de 2008. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/refased/article/viewArticle/5047>

APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice I- Consentimento Informado

Caro (a) Senhor(a),

Chamo-me Maria João Raimundo, sou enfermeira e frequento o V Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. No âmbito desse curso estou a realizar um Estágio onde me proponho implementar, no Hospital Dia e Clínica 5 do Hospital Júlio de Matos (CHPL), o projeto de intervenção intitulado *Promoção do conforto na pessoa com doença mental: uma proposta de intervenção em enfermagem especializada*.

Para que este projeto seja realizado precisamos da sua colaboração, bastando que disponibilize algum do seu tempo a preencher o questionário que lhe será fornecido. Ao participar nesta atividade não corre qualquer risco de dano físico e/ou psicológico, tendo o total direito em recusar ou abandonar a participação em qualquer momento, sem penalização ou prejuízo algum.

Os resultados deste trabalho poderão contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados nesta instituição podendo, também, serem divulgados em eventos científicos na área de enfermagem. Contudo, ao abrigo da legislação em vigor, garantimos o total anonimato, confidencialidade e proteção dos seus dados pessoais.

Desta forma, e de acordo com as informações acima descritas, solicitamos o seu consentimento informado, que poderá formalizar preenchendo a minuta seguinte:

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que fui informado previamente sobre as condições de participação neste projeto, no qual aceito participar de forma inteiramente livre e voluntária, mantendo o direito à recusa de participação quando bem o entender, sem qualquer penalização ou prejuízo. Rubrico este termo na presente data.

DATA: ____/____/____

____/____/____

(Enf. ^a Maria João Raimundo)

Apêndice II- ECIP (modificada)

ECIP (adaptada): *Escala para avaliação do conforto em doentes em ambulatório de Hospital dia Psiquiátrico*

Abaixo encontram-se algumas afirmações que podem corresponder à situação de maior ou menor conforto/desconforto que sente neste momento. Por favor, indique até que ponto cada uma das afirmações correspondem (ou não) ao que verdadeiramente se passa consigo.

Por favor responda a cada afirmação assinalando com um círculo à volta do número.

Não corresponde nada ao que se passa comigo	Corresponde pouco ao que se passa comigo	Corresponde bastante ao que se passa comigo	Corresponde muito ao que se passa comigo	Corresponde totalmente ao que se passa comigo
1	2	3	4	5

AL_Fi	1	Sinto a boca e a garganta secas	1	2	3	4	5
AL_am	2	A agitação e o barulho do HD perturbam-me	1	2	3	4	5
Al_so	3	Sinto-me rejeitado pela minha família	1	2	3	4	5
TQ_Ps	4	Sinto-me bem com o mundo	1	2	3	4	5
AL_So	5	Costumo ter contactos com outras pessoas para além das do Hospital Dia	1	2	3	4	5
AL_Am	6	As atividades que aqui faço ajudam-me a melhorar	1	2	3	4	5
TQ_ps	7	Sinto-me satisfeito com as minhas relações íntimas	1	2	3	4	5
Al_am	8	A organização e limpeza do HD ajudam-me a melhorar	1	2	3	4	5
TQ_Am	9	Este lugar traz-me calma	1	2	3	4	5
AL_ps	10	A minha vida deixou de ter sentido	1	2	3	4	5
Al_Fi	11	Sinto tremores no corpo	1	2	3	4	5
TR_ps	1	Sinto-me livre	1	2	3	4	5
TQ_ps	1	Sinto-me bem comigo mesmo	1	2	3	4	5
TQ_so	1	Sinto que se precisar tenho pessoas que me ajudam	1	2	3	4	5
TQ_so	1	Tenho confiança nos profissionais do HD	1	2	3	4	5
Al_Ps	16	Este regime de ambulatório está a ser difícil de suportar	1	2	3	4	5
TQ_Ps	1	A minha fé dá-me paz de espírito	1	2	3	4	5
AL_Ps	18	Estou incomodado por me acharem diferente das outras pessoas	1	2	3	4	5
TQ_am	1	Sinto que tenho aqui os objetos que necessito	1	2	3	4	5
TR_Fi	2	Sinto que vou ter energia para trabalhar	1	2	3	4	5
TR_ps	2	Sinto-me capaz de colaborar na minha recuperação	1	2	3	4	5
AL_fi	22	Sinto dores no corpo	1	2	3	4	5
TQ_am	2	Sinto-me protegido neste lugar	1	2	3	4	5
TR_so	2	Se necessitar, sou capaz de pedir ajuda aos outros	1	2	3	4	5
TQ_so	2	Estou satisfeito com as minhas relações pessoais	1	2	3	4	5
TR_fi	2	Sinto que vou ficar bem fisicamente	1	2	3	4	5
TQ_am	2	O que me rodeia é agradável	1	2	3	4	5
TQ_ps	2	Sinto paz de espírito	1	2	3	4	5

Não corresponde
nada ao que se
passa comigo

1

Corresponde pouco
ao que se passa
comigo

2

Corresponde
bastante ao que se
passa comigo

3

Corresponde muito
ao que se passa
comigo

4

Corresponde
totalmente ao que se
passa comigo

5

AL_fisi	29*	Sinto-me preso dos movimentos	1	2	3	4	5
TQ_soci	30	Sinto que as pessoas aqui me compreendem	1	2	3	4	5
TQ_ambi	*31	Há regras neste espaço que me perturbam	1	2	3	4	5
AL_fisi	32*	Sinto-me nauseado/enjoado	1	2	3	4	5
TR_ambi	33*	Sinto-me obrigado aqui	1	2	3	4	5
TQ_fisi	34	Sinto-me com força física	1	2	3	4	5
TR_psic	35	Sinto que vou conseguir resolver os meus problemas económicos	1	2	3	4	5
TQ_soci	36	Sinto que posso confiar nas outras pessoas	1	2	3	4	5
AL_fisi	37*	Tenho dificuldade em dormir	1	2	3	4	5
TQ_Soci	38*	Sinto que os outros compreendem a minha doença	1	2	3	4	5
AL_psic	39*	Sinto-me fora de controlo	1	2	3	4	5
AL_soci	40	As minhas relações pessoais têm melhorado	1	2	3	4	5
TR_ambi	41*	Sinto que o não necessito de estar aqui	1	2	3	4	5
TR_Soci	42	Sinto que vou ser capaz de contribuir para o sustento da minha família	1	2	3	4	5
AL_ambi	43	Acho que este lugar é arejado	1	2	3	4	5
TQ_fisi	44	Sinto-me bem fisicamente	1	2	3	4	5
TR_psic	45	Sinto-me capaz de dar um rumo à minha vida	1	2	3	4	5
TQ_ambi	46	Sinto que é fácil permanecer neste ambiente	1	2	3	4	5
TR_ambi	47	Tenho privacidade suficiente	1	2	3	4	5
AL_psic	48*	Sinto medo	1	2	3	4	5
TQ_fisi	49	Sinto o meu corpo relaxado	1	2	3	4	5
TQ_psic	50	Sinto-me confiante	1	2	3	4	5
TR_soci	51	Sinto-me capaz de restabelecer as minhas relações pessoais	1	2	3	4	5

*** Item invertido**

(AL_fisi) - Alívio físico: 1, 11, 22,29, 32, 37.

(AL_psic) - Alívio psíquico: 10, 16, 18, 39, 48.

(AL_soci) - Alívio sociocultural: 3, 5, 40.

(AL_ambi) - Alívio ambiental: 6, 2, 8, 43. TQ_fisi)

- Tranquilidade física: 34, 44, 49.

(TQ_psic) - Tranquilidade psíquica: 4, 7, 13, 17, 28, 50.

(TQ_soci) - Tranquilidade sociocultural: 14, 15, 25, 30, 36, 38,

(TQ_ambi) - Tranquilidade ambiental: 9, 19, 23, 27, 31, 46,

(TR_fisi) - Transcendência física: 20, 26.

(TR_psic) - Transcendência psíquica: 12, 21, 35, 45.

(TR_soci) - Transcendência sociocultural: 24, 42, 51.

(TR_ambi) - Transcendência ambiental: 33, 41, 47,

AL: Relief; TQ: Ease; TR: Transcendence; (Adaptado com permissão do Prof. João

Apêndice III- Entrevistas semiestruturadas

Avaliação antes da sessão de Relaxamento

Selecione o número que indique o seu nível de Ansiedade neste momento:



Selecione o número que indique o seu nível de Relaxamento neste momento:



Avaliação após a sessão de Relaxamento

Selecione o número que indique o seu nível de Ansiedade neste momento:

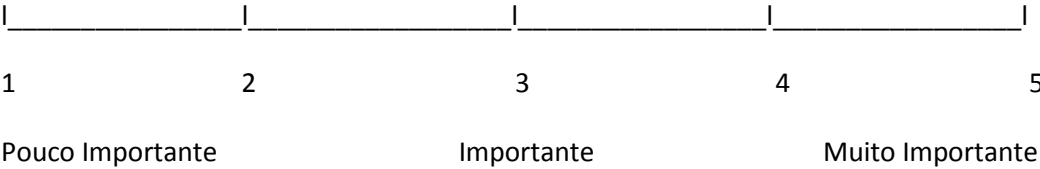


Selecione o número que indique o seu nível de Relaxamento neste momento:



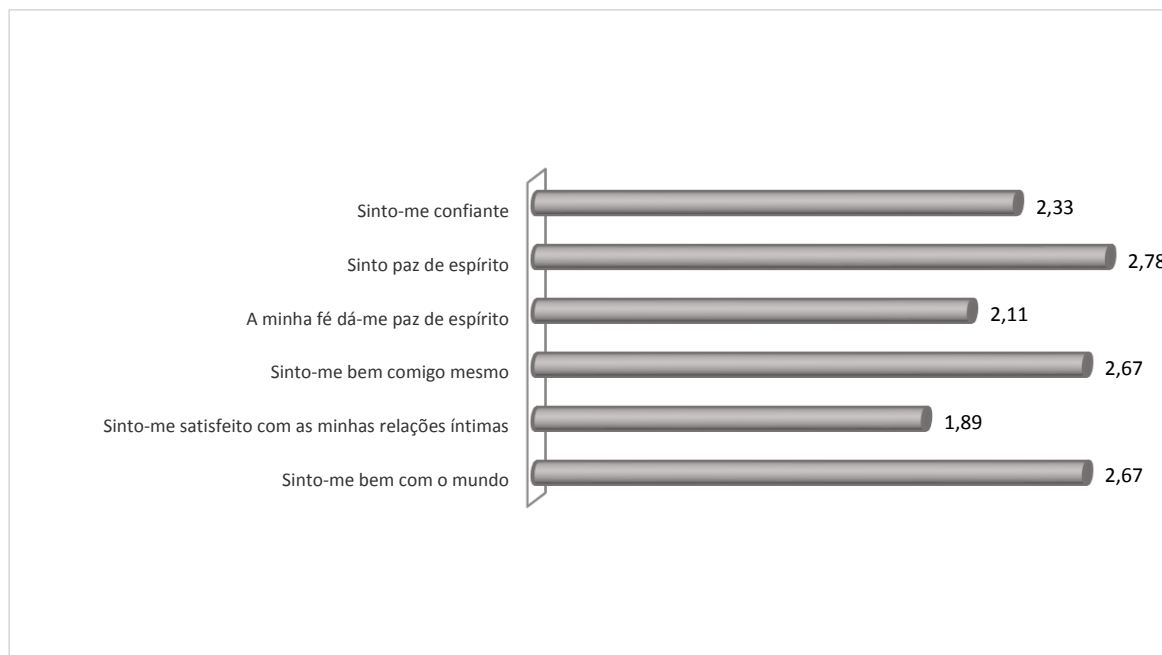
Avaliação da importância da sessão de relaxamento

Esta sessão foi para mim:

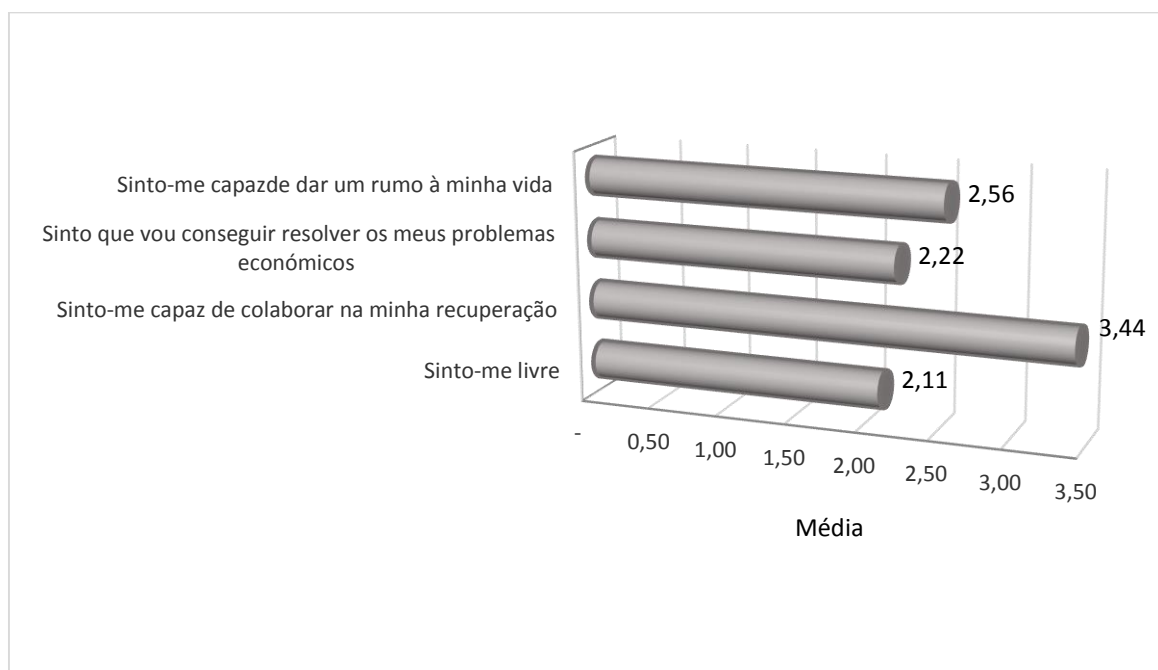


Apêndice IV- Gráficos resultantes da aplicação da ECIP

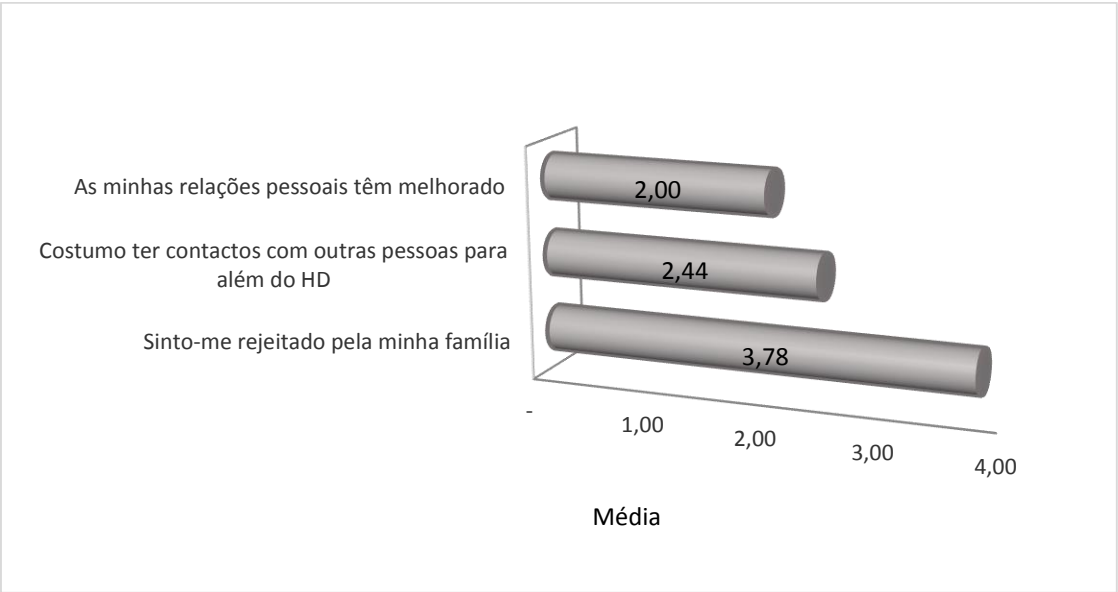
NECESSIDADES DE TRANQUILIDADE PSICOESPIRITUAL



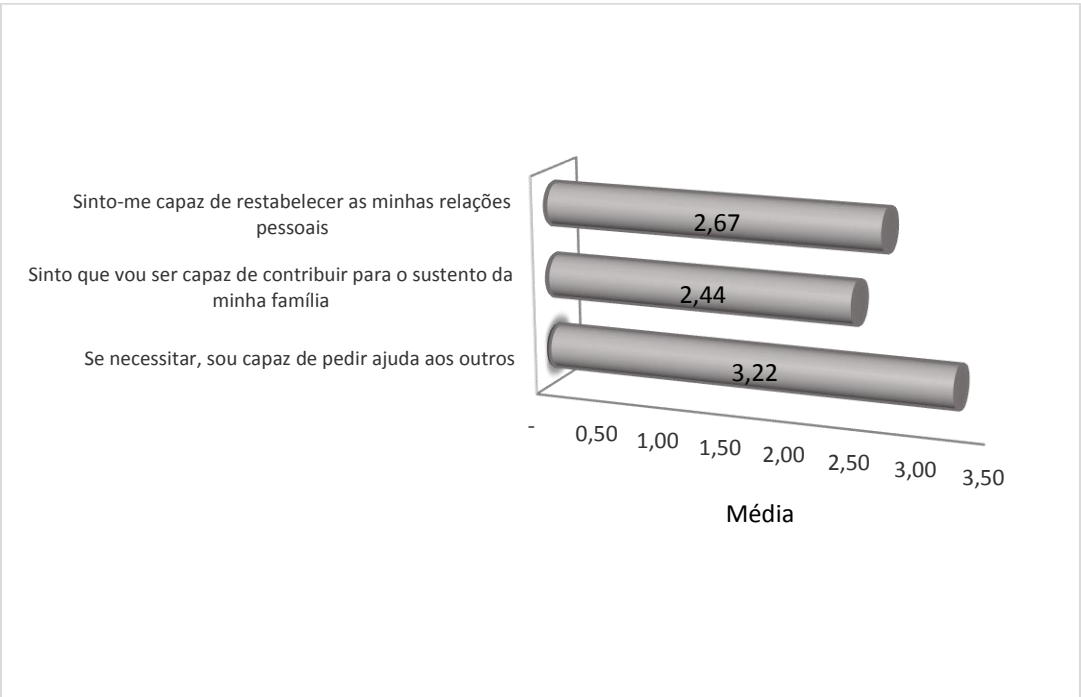
NECESSIDADES DE TRANSCENDÊNCIA PSICOESPIRITUAL



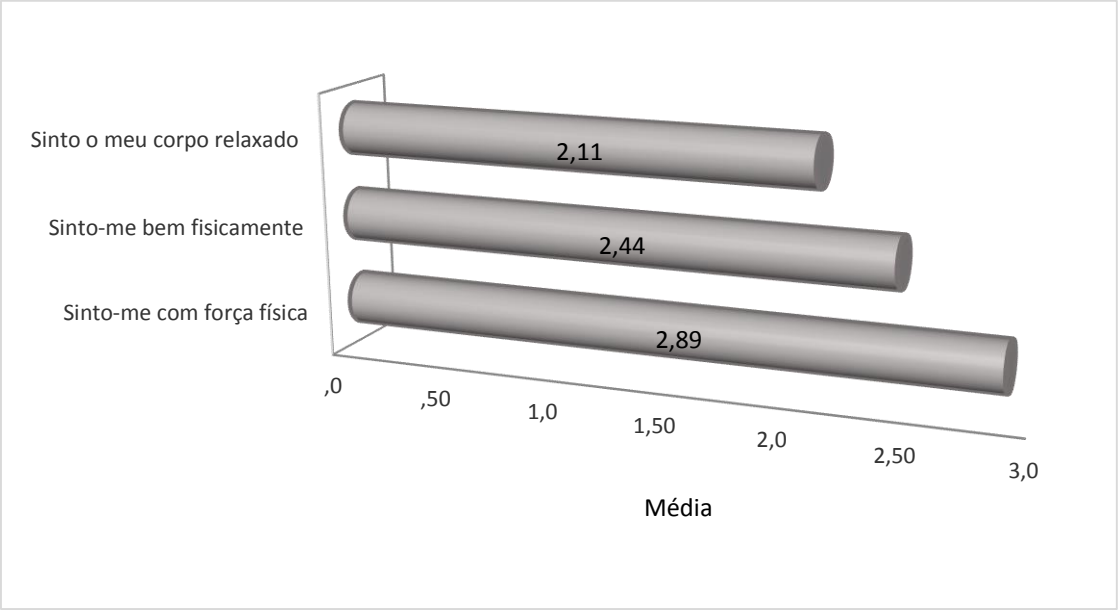
NECESSIDADES DE ALÍVIO SOCIOCULTURAL



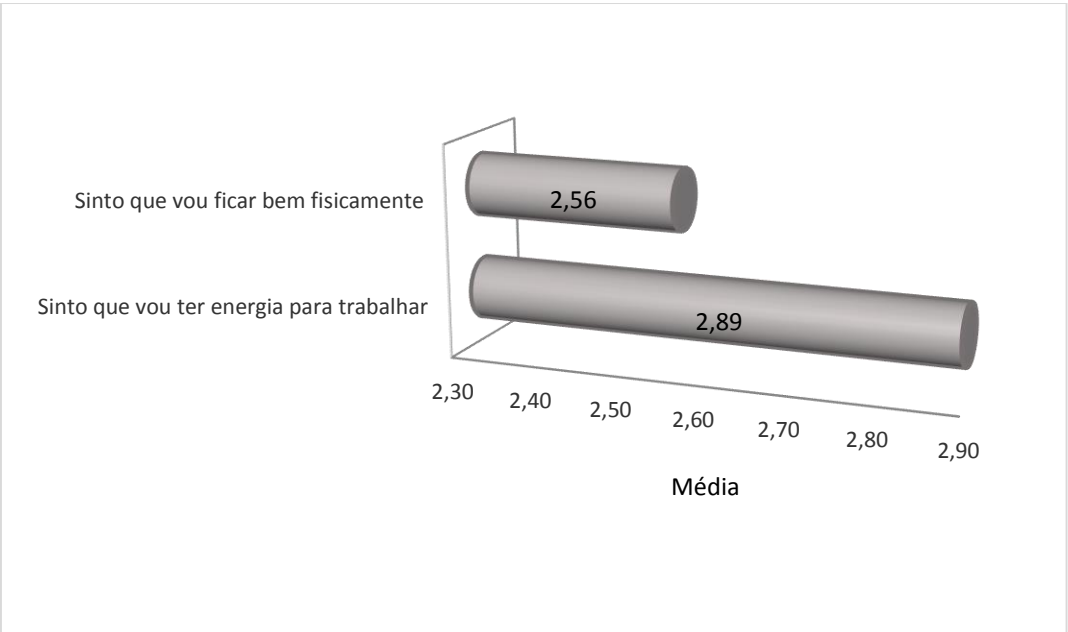
NECESSIDADES DE TRANSCENDÊNCIA SOCIOCULTURAL



NECESSIDADES DE TRANQUILIDADE FÍSICA



NECESSIDADES DE TRANSCENDÊNCIA FÍSICA



Apêndice V- Plano de Intervenções estruturadas de enfermagem

Plano de intervenções estruturadas de enfermagem

Nº da sessão	Sessão	Data
Sessão 1	Sessão de esclarecimento	07-10-2014
Sessão 2	Caminhada/ relaxamento	24-10-2014
Sessão 3	O pássaro da alma	28-10-2014
Sessão 5	Caminhada / Relaxamento	31-10-2014
Sessão 6	Reconstruindo a autoestima	04-11-2014
Sessão 7	Caminhada/Relaxamento	07-11-2014
Sessão 8	A maior maravilha do mundo	11-11-2014
Sessão 9	Caminhada / Relaxamento	13-11-2014
Sessão 10	Treinando a assertividade- Boné dos medos	20-11-2014
Sessão 12	Caminhada / relaxamento	28-11-2014
Sessão 13	Treinando a assertividade- Exprime-te em situações de dificuldade	02-12-2014
Sessão 14	Caminhada / Relaxamento	05-12-2014
Sessão 15	Despedida/ Reaplicação da ECIP	09-12-2014

Apêndice VI- Intervenção estruturada de enfermagem- Sessão esclarecimento

Título: O Conforto na pessoa com doença Mental”

Base conceptual

Um dos métodos utilizados nesta sessão foi o A técnica Brainstorming é utilizada para promover a interação de um pequeno grupo, onde o ponto-chave está no incentivo à participação de todos em divulgar as ideias que vão surgindo. Assim, um grupo se reúne com a finalidade de obter o maior número possível de ideias para a solução de um problema específico (Minicucci, 2001).

Confortar, do latim *confortare*, significa restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar (Apóstolo, 2010). O conforto é a “ satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem de situações causadoras de *stress*, em cuidados de saúde nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 1994:1178).

Fundamentação

A teoria de Kolcaba (2001) sustenta que em situações de cuidados de saúde stressantes, as necessidades de conforto são satisfeitas pelos enfermeiros. De facto, teóricos como Morse e Kolcaba, citados por Apóstolo (2009) concordam que a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e que o conforto é o resultado dessa intervenção.

Pinto & Conceição (2008) consideram que os contextos em que os enfermeiros referem prestar cuidados de conforto aparecem associados aos contextos físico, psicoespiritual e sociocultural, embora que expressões como calma e transcendência não sejam abordadas, sendo a maior parte associada ao contexto físico. Apostolo (2009) corrobora este facto, referindo que muitas vezes relacionado com a dimensão física da pessoa embora, tendo em conta sua centralidade na e para a enfermagem, o conceito transcende esta dimensão.

Objetivos terapêuticos

- Dar a conhecer os diferentes tipos de conforto
- Identificar perceções e necessidades dos utentes a nível do conforto
- Descrever as necessidades de conforto nas diferentes dimensões e contextos
- Motivar e obter o consentimento informado dos elementos do grupo para o diagnóstico do conforto no grupo e implementação de plano de intervenção

Critérios de inclusão: Participação por livre vontade

Critérios de exclusão: Uteses com desorientação espaço temporal; Uteses com atividade psicótica, alterações do humor ou do comportamento que impossibilitem a participação na sessão

Recursos necessários

Material- Papel; Canetas; PC, Cadeiras, Mesa

Staff- Enfermeira orientadora; Aluna da especialidade

Procedimento

Introdução

- Apresentação e introdução dos objetivos da sessão
- Brainstorming sobre o conforto
- Partilha em grupo do resultado do Brainstorming e como se identificam com o que está escrito em relação ao conforto

Desenvolvimento- Apresentação de PowerPoint sobre o conforto

Descrição- Encontravam-se presentes 9 utentes. Após efetuada a apresentação dos objetivos da sessão os utentes mostraram-se recetivos à temática.

Durante o Brainstorming foi passada uma folha de papel com o título “Conforto”, onde, sentados em círculo, cada utente escreveu uma palavra ou frase sobre o que é para si o conforto. Todo o grupo teve oportunidade de escrever duas vezes. Efetuou-se a

partilha em grupo do resultado do Brainstorming e de como os utentes se identificaram com isso.

Avaliação

Esta foi realizada através da expressão de sentimentos e da **partilha pela palavra**. Do Brainstorming, os utentes consideraram estes do contexto psicoespiritual, utilizando os principais termos: *Sossego; Paz; Bem-estar; À vontade; Liberdade; Relaxamento*. Os utentes consideraram que estes termos significavam necessidades e a ausência provocavam uma diminuição da sua estima em termos pessoais e sociais, assim como inquietação e ansiedade.

A nível sociocultural foram demonstradas preocupações com o sustento da família, em sentir-se bem com o seu papel na família e com capacidade para assumir responsabilidades, tendo sido usados os termos: *Pagar contas; Responsabilidades; O meu espaço* (a nível do papel familiar / social).

A nível físico as necessidades foram identificadas com os termos: *Cama; Descanso*.

Apêndice VII- Brainstorming resultante da sessão de esclarecimento

CONFORTO

Sossiso

Paz

O meu espaço

BEM ESTAR

Ben estar

A vontade

Pagar as contas

Pagar as dívidas

Relaxamento

Independência

DESCANSO

Desconforto

Responsabilidades

CAMA

Apêndice VIII- Intervenção estruturada de enfermagem- “ O pássaro da alma ”

Título: “Espiritualidade- O pássaro da alma”

Base conceptual- A espiritualidade (do latim *spiritualitas* significa golfada de ar) é um conceito mais amplo do que religião (do latim *religare* significa forçar a juntar), e inclui transcendência, ligação, intencionalidade, e valores (Pais-Ribeiro e Tombeiro, 2004).

A espiritualidade tem sido definida como “o modo pelo qual as pessoas entendem e vivem as suas vidas tendo em conta do seu significado e valor últimos” (Muldoon & King, 1995:336) ou como um processo experiencial cujas características incluem procura de significado e propósito, transcendência (a sensação que ser humano é mais do que existência material), laços (com outros, com a natureza ou com uma divindade) e valores (Mueller, Plevak & Rummans, 2001 *in* Pais-Ribeiro e Tombeiro, 2004). É considerada como “um estado de paz e harmonia” (Hungelmann, Kenkel-Rossi, Klassen, & Stollenwerk, 1985:151 *in* Pais-Ribeiro e Tombeiro, 2004).

A espiritualidade e a religião são, muitas vezes, termos que se confundem e constituem mecanismos importantes, associados ao bem-estar e, que conferem sentido à vida (Ribeiro, 2008). A espiritualidade tem a ver com reflexão, uma busca pessoal sobre o significado da vida e a relação com o sagrado ou o transcendente.

Fundamentação- A investigação realizada na área de enfermagem mostra que existe uma associação forte entre espiritualidade e saúde, concretamente em situação de doença crónica / hospitalização, percebendo-se que o facto de uma pessoa ter um sentimento de ligação a um ser superior, à natureza ou a algo superior a si mesmo e senti-los ainda como uma força e um apoio, poderá ter bastantes benefícios para a mesma (Kolcaba, 2003; Ribeiro, 2008; Caldeira, 2011).

Segundo Barbosa & Neto (2010) são diferentes as dimensões que perante um processo de doença são afetadas, determinando vários níveis de sofrimento (Físico, Psicológico, Relacional e Espiritual), que desembocam num sofrimento global. Evidencia-se assim a relação entre as variáveis espirituais e religiosas e os sentimentos de conforto, de bem-estar, de qualidade de vida, de forma de lidar com a doença, de significado e de esperança (Kolcaba, 2003; Ribeiro, 2008).

Thoresen (1999) numa revisão de investigação que relaciona a saúde com a espiritualidade, verifica que quanto maiores os níveis de espiritualidade maiores os níveis de bem-estar global e de satisfação com a vida, menores os níveis de sintomas depressivos e de suicídio, maiores os níveis de satisfação conjugal, menor o abuso de substâncias.

Objetivos terapêuticos (NOC)

- Bem-estar psicológico
- Vida espiritual
- Fé
- Sentido e finalidade da vida
- Satisfação espiritual
- Expressão de esperança
- Expressão de otimismo

Critérios de inclusão:

Participação por livre vontade

Critérios de exclusão:

Utentes com desorientação espaço temporal

Utentes com atividade psicótica, alterações do humor ou do comportamento que impossibilitem a participação na sessão

Recursos necessários

Material- Papel canetas, cadeiras, mesa

Staff- Enfermeira orientadora/ Aluna da especialidade

Procedimento

Aquecimento- Jogo “Vou viajar”

Dispõe-se o grupo em círculo. O dinamizador dá um passo em frente e disse: "Eu vou viajar e vou levar...", qualquer coisa que lhe ocorra. O seguinte à sua esquerda diz: "Eu vou viajar e vou levar o (objeto) do...", repete o nome do dinamizador, e continua "e também...", e acrescenta outro objeto a sua escolha.

A dinâmica prossegue com cada um mencionando os itens e respetivos donos de cada um que já tenha falado e assim por diante até o final do jogo.

Desenvolvimento

- Pedir ao grupo para desenhar ou escrever uma palavra ou frase sobre o estado de espírito no momento.
- Leitura (dinamizador) e demonstração de PowerPoint- "O pássaro da alma"
- Pedir a cada um para refletir e acrescentar ao texto ou representação gráfica inicial e cada participante partilha voluntariamente o seu estado de espírito atual refere três "gavetas" que gostaria de fechar e três que gostaria de abrir.
- É efetuada a partilha e reforçada a importância do estado de espírito e desenvolvimento de um sentido e propósito na vida.

Descrição

O grupo participou ativamente no jogo de aquecimento, tendo considerado satisfatória dinâmica a nível do treino da memória, concentração e aumento do laço grupal.

Após cada um ter escrito o seu estado de espírito foi apresentada e lida em voz alta "o pássaro da alma", em que o grupo se mostrou concentrado e interessado na história. Aquando a partilha cada um enumerou as "gavetas" pedidas, o que em um dos elementos foi causador de labilidade emocional, sendo o emergente grupal, com intervenção da enfermeira orientadora, que mediou a situação no sentido de a ultrapassar.

Avaliação objetiva

Foi efetuada através da Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde, desenvolvida por Pinto & Pais Ribeiro (2007).

A tabela abaixo apresenta os resultados da aplicação da Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde no grupo:

N=7	1	2	3	4	5	6	7	Média	DP
Crenças	0,5	2	2	3	1	3,5	2	2	1,14
Esperança/ Otimismo	2,3	3	3,33	2	1,3	3,33	3	2,6	0,82

Para um valor médio de 2,5, a nível da esperança e otimismo o grupo situou-se acima da média (2,6), havendo mais concordância com os itens:

- *Vejo o futuro com esperança*
- *Sinto que a minha vida mudou para melhor*
- *Aprendi a dar valor as pequenas coisas da vida*

No que diz respeito crenças, o grupo situou-se abaixo da média (2), concordando menos com as afirmações

- *As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida*
- *A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis*

De acordo com a escala, pudemos inferir que o grupo utiliza na atribuição de sentido à vida mais recursos baseados num sentido positivo da vida norteado pela perspectiva do futuro com esperança e numa redefinição de valores de vida, do que na valorização da componente religiosa.

Avaliação subjetiva

Esta foi realizada através da expressão de sentimentos e da **partilha pela palavra**. Em relação ao aquecimento, o grupo considerou que o mesmo promoveu a descontração, maior conhecimento entre todos (por ter de se dizer o nome de todas as pessoas e haver elementos novos no grupo), favorecendo o sentimento de pertença ao contexto grupal, assim como permitiu exercitar a memória e concentração.

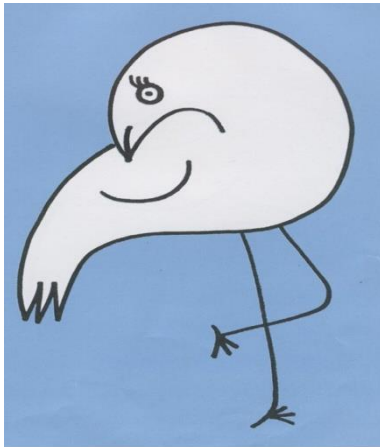
Em relação às três gavetas que abriam e três que fechariam, na tabela encontram-se os principais termos verbalizados e sentimentos expressos que foram identificados como sentimentos presentes (*tristeza, angustia, zanga, desassossego*) e sentimentos desejados (*alegria, amor, autoestima, esperança, bem-estar*).

Foi possível tornar conscientes as emoções que afloraram aquando a leitura do texto “o pássaro da alma”, Partilhar as diferenças entre o texto ou representação gráfica inicial e o sentido que atribuíram aos mesmos

A partilha deu origem a labilidade emocional em um utente perante os sentimentos presentes, que foi mediada pelo *staff* e por fim foi considerada como alívio e maior confiança e satisfação entre o grupo, assim como foi demonstrada motivação para alcançar sentimentos desejados “...assim é mais fácil compreender que a alegria não é inalcançável...” (SIC).

PowerPoint

No fundo, bem lá no fundo do
corpo, mora a alma.
Ainda não houve quem a visse,
mas todos sabem que ela existe.
E não só sabem que existe,
como também sabem o que lá tem
dentro.



Dentro da Alma,
Lá bem no centro,
pousado numa pata
Está um pássaro.
E o nome do Pássaro
é Pássaro da Alma.
E ele sente tudo o
que nós sentimos.

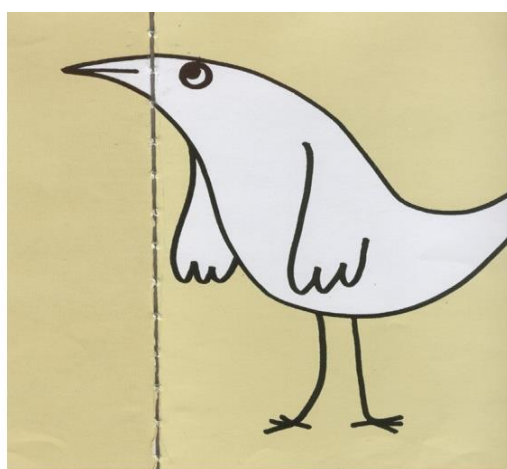


Quando alguém
nos magoa, o
pássaro agita-se
para lá e para
cá.
Em todos os
sentidos do
nosso corpo,
sofre muito.

Quando
alguém nos
ama,
o Pássaro da
Alma dá
pulinhos
de contente,
para trás e
para a frente,
vai e vem.



Quando alguém
nos chama,
o pássaro da
alma põe-se logo
à escuta da voz,
A fim de
reconhecer que
tipo de apelo é.



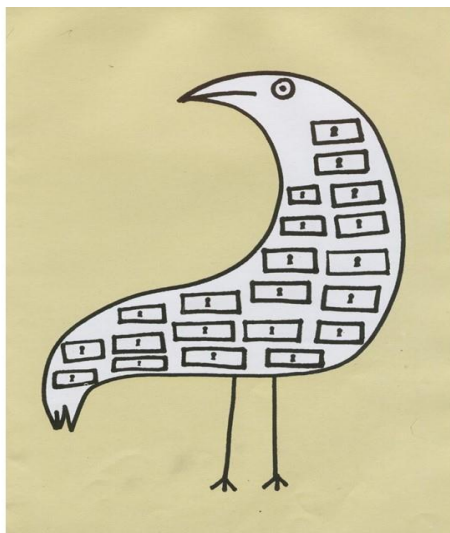
Quando alguém
se zanga
connosco,
o pássaro da
alma recolhe-se
dentro de si
tristonho e
silencioso.



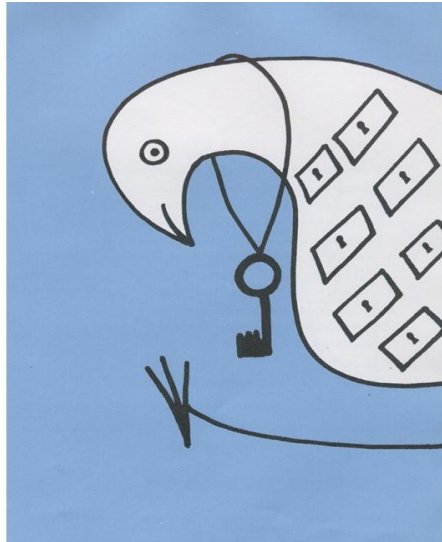


Dentro do corpo, no fundo, bem
lá no fundo, mora a alma.
Ainda não houve quem a visse,
Mas todos sabem que ela existe.
E ainda nunca,
Nunca veio ao mundo alguém
que não tivesse alma.
Porque a alma entra dentro de
nós no momento em que
nascemos e não nos larga – Nem
uma só vez –
Até ao fim da nossa vida.
Como o ar que o homem respira
Desde a hora que nasce
Até à hora em que morre.

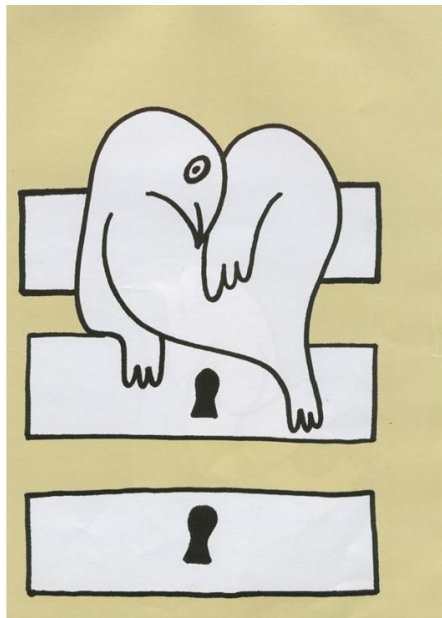
Decerto querem também saber
de que é feito o pássaro da alma.
Ah, isso é mesmo muito fácil:
É feito de gavetas e mais gavetas.
Mas não podemos abrir as
gavetas de qualquer maneira,
pois cada uma delas tem uma
chave para ela só!
E o pássaro da alma
É o único capaz de abrir as
gavetas dele.
Como?
Pois isso também é muito
simples:
Com a segunda pata.



O pássaro da alma está pousado
numa pata,
E com a outra — que em descanso
está dobrada sob a barriga — roda
a chave da gaveta que quer abrir,
puxa pelo puxador, e tudo o que
está dentro dela
Sai em liberdade para dentro do
corpo.



E como tudo o que sentimos tem uma
gaveta,
O pássaro da alma tem imensas gavetas.
A gaveta da alegria e a gaveta da tristeza.
A gaveta da inveja e a gaveta da esperança.
A gaveta da desilusão e a gaveta do
desespero.
A gaveta da paciência e a gaveta do
desassossego.
E mais a gaveta do ódio, a gaveta da cólera e a
gaveta do mimo.
A gaveta dos segredos mais escondidos,
Uma gaveta que quase nunca abrimos.
E há mais gavetas.
Vocês podem juntar todas as que quiserem.



Às vezes uma pessoa
pode escolher e indicar
ao pássaro as chaves a
rodar e as gavetas a
abrir.

E outras vezes é o
pássaro quem decide.

Por exemplo: a pessoa
quer estar calada e diz
ao pássaro para abrir a
gaveta do silêncio. Mas,
ele, por auto-recriação,
abre-lhe a gaveta da
fala, e ela desata a falar,
a falar sem querer.

Outro exemplo: a pessoa
quer escutar pacientemente
– E em vez disso ele abre-lhe
a gaveta do desassossego –
que faz com que ele se
enerve.

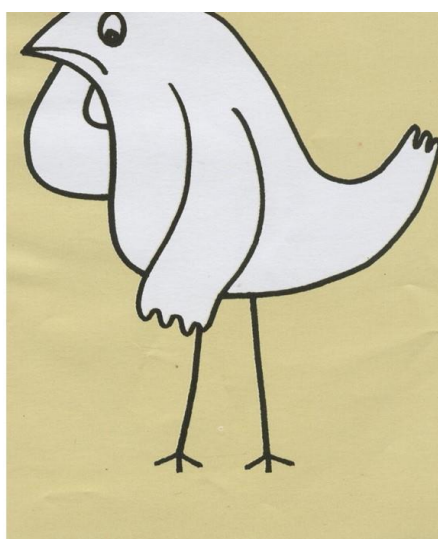


E acontece que a pessoa
tenha ciúmes sem qualquer
motivo.

E que estrague justamente
quando mais quer ajudar.

Porque o pássaro da Alma
nem sempre é disciplinado

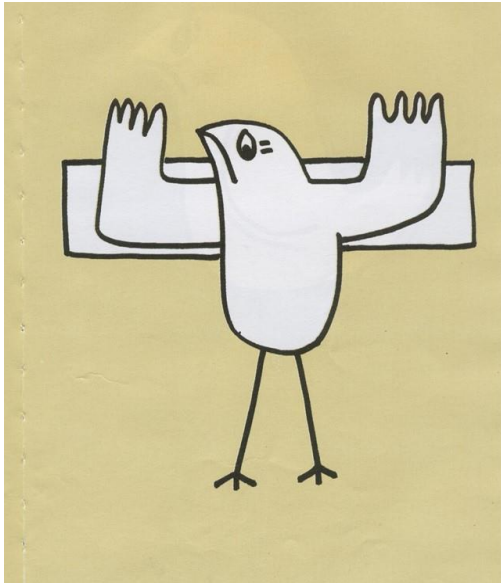
E às vezes dá-lhe trabalhos ...



Agora já
compreendemos que
cada homem é diferente
do seu semelhante -
Por causa do pássaro da
alma que tem dentro de
si.

O pássaro que em
certas manhãs abre a
gaveta da alegria,
E a alegria jorra para
dentro do corpo -
E o dono dele fica feliz.





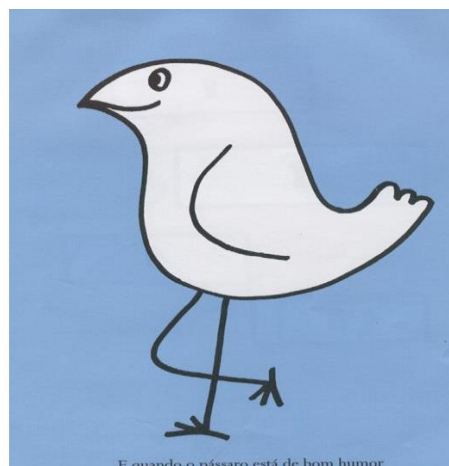
E quando o pássaro lhe
abre
a gaveta da raiva,
a raiva escorre de
dentro dela e
domina-o totalmente.

E até que o pássaro
volte a fechar a gaveta
ele não pára de se
zangar.



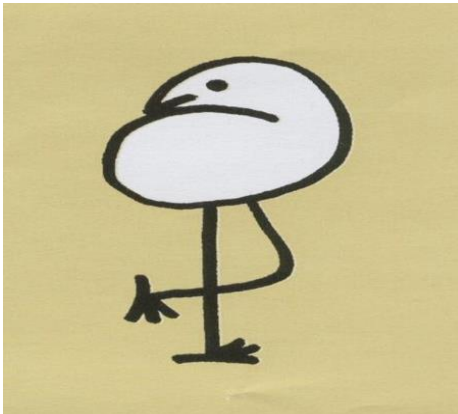
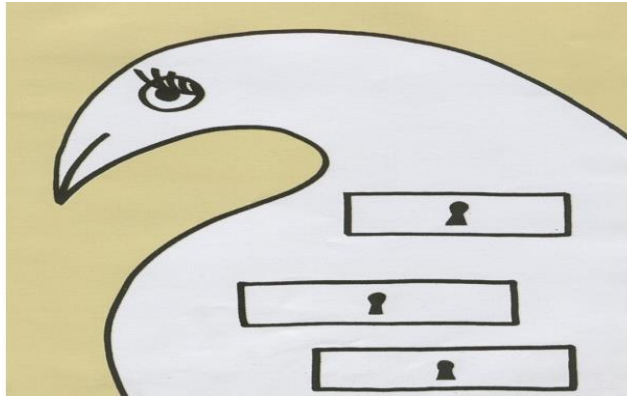
E quando o pássaro está
de mau humor abre
gavetas que dão mal-
estar.

E quando o pássaro está
de bom humor escolhe
gavetas que fazem bem.



E quando o pássaro está de bom humor

E o mais importante — é
escutar logo o pássaro.
Pois acontece o pássaro
da alma chamar por
nós, e nós não o
ouvimos.
É pena. Ele quer falar-
nos de nós próprios.
Quer falar-nos dos
sentimentos que estão
encerrados nas gavetas
— Dentro de Nós.



Por isso vale a pena
Talvez tarde pela noite, quando o
silêncio nos rodeia,
Escutar o pássaro da alma que mora
dentro de nós,
No fundo, lá bem no fundo do corpo.

Há quem o ouça muitas vezes,
Há quem o ouça raras vezes,
E há quem o ouça
Uma única vez na vida.





Por isso vale a pena
Talvez tarde pela noite, quando o
silêncio nos rodeia,
Escutar o pássaro da alma que mora
dentro de nós,
No fundo, lá bem no fundo do corpo.



Apêndice XIX- intervenção estruturada de enfermagem- “A maior maravilha do mundo”

Título- “A maior maravilha do mundo”

Base conceptual- Vaz Serra (1988), define o autoconceito como a percepção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que, devido a isso, forma de si. O mesmo autor considera o autoconceito como “um constructo que ajuda a compreender aspetos importantes do comportamento humano, como a uniformidade, a consciência e a coerência da conduta observável, a noção de identidade e a manutenção de certos estereótipos de ação na continuidade do tempo...”

A CIPE/ICNP (2000:58) refere-se ao autoconceito como “disposições da pessoa para reter e abandonar atitudes ao longo do tempo, isto é, razões de segunda ordem para a ação”, enquanto Bruges (2007) descreve autoconceito como uma organização individual e interna face às atitudes, que conduzem à análise de comportamentos básicos.

Fundamentação- Entre os constituintes intrínsecos do autoconceito realça-se a autoestima. Esta deriva dos processos de avaliação que o indivíduo faz das suas qualidades, desempenhos ou virtudes. Ocupa, por isso, um lugar proeminente na compreensão e na explicação dos transtornos emocionais.” (Vaz Serra, 1988: 109). Assim, o autoconceito liga-se a vários aspetos do comportamento humano passíveis de ser trabalhados em enfermagem.

Objetivos terapêuticos

- Bem-estar psicológico
- Autoconceito
- Conexão com o eu interior
- Imagem interna de si mesmo

CrITÉRIOS de inclusão:

Participação por livre vontade

CrITÉRIOS de exclusão:

Utentes com desorientação espaço temporal

Utentes com atividade psicótica, alterações do humor ou do comportamento que impossibilitem a participação na sessão

Recursos necessários

Materiais. Caixa com abertura; Espelho; Cadeiras; Balões;

Staff- Enfermeira orientadora/Aluna da especialidade

Tempo previsto- 60min

Procedimento

Aquecimento - Jogo do balão

Enche-se um balão para cada um dos elementos e escreve-se o nome. Todos os balões são atirados ao ar, sendo que o grupo não deve deixar que nenhum caia no chão. Formando-se um círculo são feitos alguns exercícios articulares e de alongamento muscular

Desenvolvimento

Reúne-se o grupo para uma discussão sobre quais são as maravilhas do mundo.

Quando cerca quatro já tiverem sido citadas, referir para a maravilha que vamos poder contemplar agora é a maior que todas essas citadas, e que não está incluída em nenhum sistema de classificação.

Pede-se que cada um venha até o centro da sala e olhe dentro da caixa, para contemplar a coisa mais importante do mundo.

Exigência: ninguém pode dizer nada, enquanto todos não a tiverem visto.

Descrição

Durante o jogo de aquecimento o grupo mostrou divertimento e satisfação, onde todos participaram, ficando visivelmente mais descontraídos.

Todos os elementos participaram ativamente na discussão inicial, falando de várias maravilhas do mundo e mostraram curiosidade perante a perspectiva da “maior maravilha do mundo” que estava dentro da caixa.

Foi passada a caixa um por um, onde dentro estava o espelho, transmitindo o seu reflexo. Houve sorrisos e satisfação, um utente quis ir ver a sua imagem novamente.

Tentou-se criar um clima de reflexão em torno da importância do autoconceito de cada um, integrar o emergente grupal suscitado pela partilha individual, e compreender o que a sessão despertou em cada um dos participantes

Os utentes voltaram falar da importância que as sessões anteriores tiveram, especialmente o “pássaro da alma”.

Avaliação - A avaliação da sessão foi feita através da expressão de sentimentos e da partilha pela palavra.

Em relação ao aquecimento o grupo verbalizou que o mesmo proporcionou momentos de descontração e expressão corporal, como de sentimentos e emoções, atividade física, aumento do sentimento de pertença e a coesão do grupo.

Cada participante partilhou a sua vivência segundo perante as questões

- Quem viu realmente a coisa mais importante do mundo?
- O que viu é realmente a coisa mais importante?

O grupo foi unanime, respondendo afirmativamente às duas questões. Demonstrou capacidade para identificação de fatores que afetam e a autoestima e o autoconceito. Foram verbalizados o aumento da autoaceitação, autoimagem, amor-próprio, gosto em ver-se ao espelho e arranjar-se, assim como sentimentos de esperança, confiança no outro, alento e força... “por vezes isolava-me e agora sei que venho para aqui e há esperança e o poder partilhar isto convosco dá-me alento.”

Apêndice X- intervenção estruturada de enfermagem- “Reconstruindo a autoestima”

Título- Reconstruindo a autoestima

Base conceptual- A autoestima é a componente avaliativa, é um aspeto afetivo do autoconceito, é a “opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades (...)” CIPE/ICNP (2000:58). Reflete o que a pessoa sente no que respeita aos seus valores, virtudes e qualidades dentro do quadro de referência pessoal e sociocultural aceite.

A autoestima pode ser definida como “a avaliação que o indivíduo faz das suas qualidades ou dos seus desempenhos, virtudes ou valor moral” (Vaz Serra, 1988: 102), podendo apresentar-se alta em indivíduos que se julgam como eficazes e competentes naquilo que fazem, e baixa nas pessoas que têm tendência a subestimar-se e ver-se de forma depreciativa. O mesmo autor sintetiza o conceito de autoestima como “produto dos julgamentos que a pessoa faz acerca de si própria, de onde decorrem atribuições de bom ou de mau feitas a aspetos considerados relevantes da sua identidade” (Vaz Serra, 1988:102).

Rosenberg (1965) *in* Santos e Maia (2003), definiu autoestima como “uma atitude positiva ou negativa relativamente a um objeto particular, a saber, o *self*”

Fundamentação- Esta forma de “bem-estar” associa-se a uma avaliação positiva da vida pessoal e está ligada a sentimentos positivos, devendo orientar-se para a compreensão das dimensões que, de certo modo, refletem a situação que a pessoa ocupa na vida, tais como: a autonomia, as relações positivas com os outros, o crescimento pessoal, a satisfação com a vida, a autoaceitação, a autoestima, o ânimo, o domínio do meio e os objetivos de vida (Novo, 2003).

Para Domingues & Bernardo (2006), o desenvolvimento da autoestima, a atualização das capacidades e a capacidade de decisão são importantes para superar a vulnerabilidade das pré-disposições. Para que tal ocorra com sucesso é necessário desenvolver com os utentes processos de motivação. Por estas razões, a autoestima está intimamente ligada aos fenómenos de descompensação emocional da pessoa. Santos e Maia (2003) referem que a autoestima é uma das componentes do autoconceito.

Segundo estes autores, o autoconceito é constituído “pelas diferentes perceções que os indivíduos desenvolvem sobre as suas características pessoais, enquanto a autoestima consiste na avaliação mais positiva ou negativa que os sujeitos fazem desses mesmos atributos” (Santos e Maia, 2003: 254).

Objetivos terapêuticos

- Autoestima
- Bem-estar psicológico
- Motivação
- Sentimentos de autoaceitação
- Identificar múltiplas estratégias de *coping*
- Sentimentos de autovalorização

CrITÉRIOS de inclusão

Participação por livre vontade.

CrITÉRIOS de exclusão

Utentes com desorientação espaço temporal;

Utentes com dor aguda ou desconforto físico que dificulte a participação nas sessões.

Procedimento

Aquecimento - Jogo “Os donos do espaço”

Formando-se um círculo com todos os presentes são feitos alguns exercícios articulares e de alongamento muscular. O grupo distribui-se pela sala o mais afastado possível uns dos outros. Ao sinal, cada um estende os braços, as pernas e todo o corpo, procurando “ficar dono” do maior espaço possível, sendo esse o seu espaço pessoal e que esse espaço como uma bola de sabão. O grupo deverá deambular pela sala em vários ritmos, tentando não tocar uns nos outros. No final é perguntado como se sentem.

Desenvolvimento

Distribuir uma folha de papel em branco cada e informar que a mesma representa a autoestima de cada um.

Explicar que será lida uma lista de situações que podem prejudicar a nossa autoestima.

A cada frase lida cada um deverá arrancar um pedaço da folha na proporção do prejuízo que essa situação traz à sua autoestima, se se identificar com ela.

Após ler todas as frases informar que todos irão recuperar a autoestima aos pedaços também. E a cada frase (é lida a lista de frases para "recuperar sua auto-estima") lida irão juntar os pedaços de papel rasgados.

Lista de frases que prejudicam a autoestima

- Uma briga com namorado(a)/marido(a)/melhor amigo(a)
- Crítica/discussão com professor/chefe acerca de trabalho
- Um grupo de amigos íntimos não o convidou para um passeio
- Discussão com o pai/mãe/filho
- Um amigo revelou um segredo que lhe tinha confiado
- Surgiu um boato sobre sua reputação
- seu/sua namorado(a) deixou-o por causa de outro
- Um grupo de amigos gozou consigo por causa da sua roupa ou do seu penteado
- Tirou péssimas notas numa prova, ou fracassou no trabalho
- A sua equipa de futebol perdeu um jogo importante
- Um amigo significativo recusou um convite para sair consigo

Lista de frases que aumentam a autoestima

- Um colega de trabalho ou da escola pediu os seus conselhos sobre um assunto delicado
- Um amigo significativo convidou-o para sair

- seu pai/mãe/filho disse-lhe que gosta muito de si
- Recebeu uma carta ou um telefonema de um amigo
- Tirou boas notas numa prova, ou o trabalho correu-lhe muito bem
- Um amigo significativo aceitou o seu convite para sair
- A sua equipa de futebol ganhou um jogo importante
- Os seus colegas da escola/trabalho escolheram-no como líder
- Ganhou uma bolsa de estudos/dispensa para a especialidade
- seu/sua namorado(a) mandou-lhe uma mensagem de amor
- Muitos dos seus/suas amigos(as) elogiaram a sua roupa ou o seu penteado

Descrição- Estiveram presentes na sessão 6 pessoas. Durante o jogo de aquecimento o grupo mostrou divertimento e satisfação, onde todos participaram, ficando visivelmente mais descontraídos.

O grupo formado em círculo, cada um com uma folha branca, foi rasgabdo pedaços maiores ou menores, conforme a frase da primeira lista. Nenhum elemento ficou com a folha intacta, sendo que a maioria rasgou mais de metade da folha, e um dos elementos rasgou toda a folha.

Aquando a leutura das frases da segunda lista todos os elementos reconstruíram a folha, quase na sua totalidade, sendo que as frases que evocam a relação positiva com o outro a nível social foram as mais significativas.

Avaliação- Na avaliação desta intervenção foi utilizada a **Escala da Autoestima de Rosenberg** (Rosenberg, 1965, adaptado por Santos & Maia, 2003),

Tabela- Resultados da aplicação da Escala da Autoestima de Rosenberg

N=6	1	2	3	4	5	6	Soma	Média	DP
Acho que sou uma pessoa digna de estima, pelo menos a mesma que os demais	5	3	4	3	5	2	22	3,66	1,21

Tenho tendência a sentir que sou um(a) fracassado(a) em tudo	2	3	2	3	2	2	14	2,33	0,52
Acho que tenho muitas qualidades boas	3	3	4	4	4	3	21	3,50	0,55
Sou capaz de fazer as coisas tão bem, como a maioria das outras pessoas	3	3	4	4	4	2	20	3,33	0,82
Acho que não tenho muitos motivos para me orgulhar de mim mesmo/a	2	2	3	3	2	3	15	2,5	0,55
Tenho uma atitude positiva perante mim mesmo/a	4	3	3	2	3	3	18	3	0,75
No geral estou satisfeita/o comigo mesmo/a	2	3	4	3	2	3	17	2,83	0,75
Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo/a	2	3	3	3	2	2	15	2,5	0,55
Às vezes sinto-me realmente uma pessoa inútil	2	3	2	1	2	2	12	2	0,63
Às vezes penso que não sou grande coisa	3	2	3	1	2	2	13	2,16	0,75

Da observação da tabela pudemos concluir que para um valor médio de 2,5, houve valores superiores, com os quais o grupo mostrou uma maior concordância: Acho que sou uma pessoa digna de estima, pelo menos a mesma que os demais (3,66); Acho que tenho muitas qualidades boas (3,50); Sou capaz de fazer as coisas tão bem, como a maioria das outras pessoas (3,33); Tenho uma atitude positiva perante mim mesmo/a (3); No geral estou satisfeita/o comigo mesmo/a (2,83).

Os itens com que o grupo mais discordou revelam-se em afirmações como: Às vezes tenho tendência a sentir que sou um(a) fracassado(a) em tudo (2,33); Às vezes sinto-me realmente uma pessoa inútil (2); Às vezes penso que não sou grande coisa (2,16). Com um valor intermédio obtivemos a afirmação: Acho que não tenho muitos motivos para me orgulhar de mim mesmo/a (2,5).

De uma forma geral, o grupo concordou mais com a afirmação que espelham a dignidade de estima, seguidas de afirmações relativas a boas qualidades, igualdade de capacidades em relação aos outros, atitude positiva e satisfação em relação a si mesmos.

O grupo identifica-se menos com a afirmação que transmite um sentimento de inutilidades, assim como com outras que transmitem sentimentos de fracasso e auto-desvalorização.

Foi possível a partilha e identificação de sentimentos nos elementos do grupo como tristeza, angustia, zanga, e desassossego, e sentimentos desejados tais como alegria, amor, autoestima, esperança, bem-estar, assim como motivação para os encontrar.

Houve também a verbalização de um sentimento de aumento da autoaceitação, autoimagem, amor-próprio, gosto em ver-se ao espelho e arranjar-se. O grupo demonstrou utilizar mais as palavras esperança e confiança no outro, alento e força com um aumento da capacidade para identificação de fatores que afetam e a autoestima. Também se proporcionaram momentos de descontração, expressão de sentimentos e emoções como aumento do sentimento de pertença e a coesão do grupo.

Apêndice XI- intervenção estruturada de enfermagem- “atividade física e relaxamento”

Título: “ Exercício físico e relaxamento”

Base conceptual - Damásio (2010), afirma que o cérebro tem que primeiramente reconhecer o corpo em que está inserido, para depois estruturar um quadro sinóptico em relação aos órgãos que constituem o corpo. Desta forma, as pessoas sentem-se mais ligadas a si mesmas, promovendo esta ligação um acréscimo de energia, perçetibilidade mental, aptidão física, e estabilidade emocional.

Em relação ao relaxamento, foi utilizada a técnica adaptada de relaxamento progressivo de Jacobson, desenvolvida pelo mesmo em 1929. É um método de relaxamento muscular profundo e consiste na contração e descontração dos vários grupos musculares (Townsend, 2011). Além de promover a sensação de bem-estar, o relaxamento pode libertar a tensão e diminuir o *stress*, reduzindo as barreiras à comunicação (Stuart e Laraia, 2001). Segundo Payne (2000), o relaxamento progressivo tem como principais objetivos atingir um estado de relaxamento profundo e controlar o excesso de tensão provocado por qualquer agente stressor.

Fundamentação - Reser (2011), refere que doentes com patologia mental, apresentam maior risco de obesidade, se comparados com outros indivíduos, devido a fatores como um estilo de vida sedentário, e efeitos colaterais da medicação psicoativa, sendo essencial a promoção do exercício físico. Também Ellis *et al* (2007), mostra nos seus estudos, que o exercício e a atividade física aliviam os sintomas da doença e trás consigo uma série de benefícios psicológicos na pessoa com doença mental. Landers (1997), analisou mais de 100 estudos e observou que sessões frequentes de exercício físico, representam um meio adjunto positivo para o tratamento da depressão.

Para Apóstolo (2007 a), intervenções de enfermagem em saúde mental, como o relaxamento progressivo tendem de diminuir os níveis de ansiedade e de *stress* e promover o conforto. De acordo com Payne (2000), promover momentos de alívio da tensão permite a diminuição da tensão ou intensidade. Tal resulta no descanso do corpo e da mente, “um estado de tranquilidade refrescante (...)”, sendo que, resulta “numa

resposta fisiológica oposta à da resposta de ansiedade e as actividades físicas libertam o excesso de energia de maneira saudável.” Townsend (2011).

Objetivos terapêuticos

- Controle de sintomas
- Bem estar-físico
- Relaxamento muscular
- Nivel de energia
- Afeto calmo e tranquilo

Critérios de inclusão:

Participação por livre vontade.

Critérios de exclusão:

Utentes com dor aguda ou desconforto físico que dificulte a participação nas sessões.

Utentes com desorientação espaço temporal

Utentes com atividade psicótica, alterações do humor ou do comportamento que impossibilitem a participação na sessão

Recursos necessários

Material- colchões, rádio, CD relaxamento

Staff- Enfermeira orientadora/Aluna da especialidade

Tempo previsto - caminhada- 30 min/ sessão relaxamento- 45 min

Procedimento- As sessões de relaxamento foram precedidas das caminhadas, as quais começaram com ritmo lento, alternando depois diferentes velocidades (sem corrida) e de acordo com a capacidade física dos utentes. Foram efetuados após exercícios de

alongamento muscular e mobilidade articular em sala (ginásio) e anteriormente à sessão de relaxamento procedeu-se ao preenchimento das escalas de avaliação subjetiva dos níveis de relaxamento e ansiedade e medição dos PV.

Aquecimento

No sentido céfalo-caudal e próximal-distal, pediu-se para:

“Abrir e fechar os olhos”, “abrir e fechar a boca”, “soprar uma vela”, “olhar para o tecto e para baixo”, “olhar para os lados”, “levar a orelha ao ombro”, “rodar a cabeça”, “encolher os ombros”, “levantar o braço direito”, “levantar o braço esquerdo”, “levantar os dois braços alternadamente e ao mesmo tempo”, “nadar”, “voar”, “fazer alteres”, “com os braços abduzidos a 90° fazer flexão/extensão dos cotovelos”, “com as mãos em cima das pernas, voltar as palmas das mãos para cima e para baixo alternadamente”, “dizer adeus”, “abrir e fechar as mãos”, “abrir e fechar os dedos”, “tocar piano”, “contar os dedos”, “com os braços ao longo do corpo inclinar o corpo para um lado e para o outro”, “baixar para tocar com as mãos nos pés e erguer-se”, “olhar para trás (rotação do tronco)”, “pisar as uvas”, “dar pontapés”, “sentado levantar as duas pernas juntas”, “abrir e fechar as pernas”, “fazer tesoura”, “pôr em bicos dos pés”, “apoiar-se nos calcanhares”, “imitar o charlot”, “pés para dentro”, “dar palmadinhas para activar a circulação”.

Desenvolvimento

Indução de um estado de calma através da palavra, incentivando a concentração na respiração e nas tensões do corpo, com exercícios de contração e descontração dos vários grupos musculares, de acordo com o guião utilizado no HD.

Sessão 1

Descrição- O grupo mostrou-se recetivo quer à caminhada quer ao relaxamento, tendo participado na totalidade dos exercícios que decorreram sem intercorrências. A caminhada foi efetuada dentro do recinto da instituição, com oportunidade de socialização e descontração em grupo.

Avaliação – Foram efetuadas entrevistas semiestruturadas através questionários criados para avaliar a perceção subjetiva dos utentes em relação aos níveis de ansiedade e relaxamento (aplicados no inicio e final de cada sessão) e da importância atribuída à sessão (aplicados no final de cada sessão). Recorreu-se também à partilha pela palavra e observação direta.

De acordo com a tabela, ao longo da sessão houve um do aumento da perceção subjetiva de relaxamento e diminuição da perceção subjetiva da ansiedade. A sessão foi classificada como importante/muito importante

Perceção subjetiva de ansiedade e relaxamento		(N=9)	
Nível de relaxamento		Antes	Depois
	Pouco relaxado		
	Relaxado	9	5
	Muito relaxado		4
Nível ansiedade	Pouco ansioso	8	9
	Ansioso	1	
	Muito ansioso		
Importância da sessão	Pouco importante		
	Importante		9
	Muito importante		

A maioria dos utentes referiram sentir-se mais tranquilos, manifestando uma sensação de calma e relaxamento na postura corporal. Também foi referida satisfação pelos mesmos e sentimento de bem-estar, associado a um aumento de energia.

Sessão nº 2

Descrição- O grupo mostrou-se recetivo quer à caminhada quer ao relaxamento, tendo participado na totalidade dos exercícios que decorreram sem intercorrências. A caminhada foi efetuada dentro do recinto da instituição, com oportunidade de socialização e descontração em grupo.

Avaliação

Perceção subjetiva de ansiedade e relaxamento		N=6	
Nível de relaxamento	Pouco relaxado	Antes	Depois
		4	1
	Relaxado	2	3
Nível ansiedade	Muito relaxado		2
	Pouco ansioso	3	6
	Ansioso	2	
Importância da sessão	Muito ansioso	1	
	Pouco importante		
	Importante		4
	Muito importante		2

De acordo com a tabela, ao longo da sessão houve um do aumento da perceção subjetiva de relaxamento e diminuição da perceção subjetiva da ansiedade. A sessão foi classificada como importante/muito importante.

A maioria dos utentes referiram sentir-se mais tranquilos, manifestando uma sensação de calma e relaxamento na postura corporal. Também foi referida satisfação pelos mesmos e sentimento de bem-estar, associado a um aumento de energia. Foi referida satisfação pelos mesmos e sentimento de bem-estar, aumento de energia e da autoestima e harmonia.

Sessão nº 3

Descrição- O grupo mostrou-se recetivo quer à caminhada quer ao relaxamento, tendo participado na totalidade dos exercícios que decorreram sem intercorrências. A caminhada foi efetuada dentro do recinto da instituição, com oportunidade de socialização e descontração em grupo.

Avaliação

Perceção subjetiva de ansiedade e relaxamento		(N=7)	
Nível de relaxamento		Antes	Depois
	Pouco relaxado	1	
	Relaxado	5	5
	Muito relaxado	1	2
Nível ansiedade	Pouco ansioso	6	7
	Ansioso	1	
	Muito ansioso		
Importância da sessão	Pouco importante		
	Importante	5	2
	Muito importante	2	5

De acordo com as tabela, houve um do aumento da percepção subjetiva de relaxamento e diminuição da percepção subjetiva da ansiedade, sendo que nenhum elemento se sentia “muito ansioso”. A sessão foi classificada como importante/muito importante.

A maioria dos utentes referiram sentir-se mais tranquilos física e emocionalmente, em comparação com sessões anteriores, realçando a importância das mesmas. Manifestaram uma sensação de calma e relaxamento. Também foi referida satisfação pelos mesmos e sentimento de bem-estar.

Sessão nº 4

Descrição- O grupo mostrou-se recetivo quer à caminhada quer ao relaxamento, tendo participado na totalidade dos exercícios que decorreram sem intercorrências.

Avaliação

Percepção subjetiva de ansiedade e relaxamento		(N=8)	
Nível de relaxamento	Pouco relaxado	Antes	Depois
		2	
	Relaxado	5	6
	Muito relaxado	1	2
Nível ansiedade	Pouco ansioso	6	8
	Ansioso	1	
	Muito ansioso	1	
Importância da sessão	Pouco importante		
	Importante	5	4
	Muito importante	3	4

De acordo com as tabela, houve um do aumento da percepção subjetiva de relaxamento e diminuição da percepção subjetiva da ansiedade, estando todos os utentes pouco ansiosos no final a sessão foi classificada como importante/muito importante.

A maioria dos utentes referiram sentir-se mais tranquilos física e emocionalmente, em comparação com sessões anteriores, realçando a importância das mesmas. Manifestaram uma sensação de calma e relaxamento. Também foi referida satisfação pelos mesmos e sentimento de bem-estar.

Sessão nº 5

Descrição- O grupo mostrou-se recetivo quer à caminhada quer ao relaxamento, tendo participado na totalidade dos exercícios que decorreram sem intercorrências.A caminhada foi feita no recinto da instituição

Avaliação

Percepção subjetiva de ansiedade e relaxamento		(N=8)	
Nível de relaxamento	Pouco relaxado	Antes	Depois
		2	
	Relaxado	6	5
	Muito relaxado	1	3
Nível ansiedade	Pouco ansioso	6	8
	Ansioso	2	
	Muito ansioso		
Importância da sessão	Pouco importante		
	Importante		2
	Muito importante		6

De acordo com as tabela, houve um do aumento da percepção subjetiva de relaxamento e diminuição da percepção subjetiva da ansiedade, sendo que nenhum elemento se sentia “muito ansioso”. A sessão foi classificada como importante/muito importante.

A maioria dos utentes referiram sentir-se mais tranquilos física e emocionalmente, em comparação com sessões anteriores, realçando a importância das mesmas. Manifestaram uma sensação de calma e relaxamento. Também foi referida satisfação pelos mesmos e sentimento de bem-estar.

Sessão nº 6

Descrição- O grupo mostrou-se recetivo quer à caminhada quer ao relaxamento, tendo participado na totalidade dos exercícios que decorreram sem intercorrências. A caminhada foi efetuada fora do recinto da instituição, e incluí a visualização de uma exposição de decorações de Natal

Avaliação

Percepção subjetiva de ansiedade e relaxamento		(N=8)	
Nível de relaxamento		Antes	Depois
	Pouco relaxado	2	
	Relaxado	6	5
	Muito relaxado	1	3
Nível ansiedade	Pouco ansioso	6	8
	Ansioso	1	
	Muito ansioso		
Importância da sessão	Pouco importante		
	Importante		1
	Muito importante		7

De acordo com as tabela, houve um do aumento da percepção subjetiva de relaxamento e diminuição da percepção subjetiva da ansiedade, sendo que nenhum elemento se sentia “muito ansioso”. A sessão foi classificada como importante/muito importante.

A maioria dos utentes referiram sentir-se mais tranquilos física e emocionalmente, em comparação com sessões anteriores, realçando a importância das mesmas. Manifestaram uma sensação de calma e relaxamento. Também foi referida satisfação pelos mesmos e sentimento de bem- estar.

Apêndice XII- Intervenção estruturada de enfermagem- “Treinando a assertividade”

Título- Treinando a assertividade

Base conceptual- Para Loureiro (2013), a assertividade é considerada uma das competências mais importantes, que passa por uma mudança efetiva de comportamento através do desenvolvimento de um conjunto de respostas assertivas, pelo reconhecimento de respostas dos vários estilos comunicacionais, pela valorização dos próprios direitos e dos direitos dos outros, pela identificação e modificação de pensamentos irracionais presentes em situações específicas, pela identificação das situações em que a utilização do comportamento assertivo é benéfica, pela promoção do comportamento assertivo nos outros e pela diminuição da ansiedade em situações de interação social.

A assertividade é “a ação direta, firme, positiva e, quando necessário persistente, que promove a equidade nas relações pessoais. Permite agir tendo em vista os melhores interesses do próprio, defender-se sem ansiedade excessiva, exercer os direitos pessoais sem negar os direitos dos outros, e expressar honesta e confortavelmente os próprios sentimentos.” (Alberti & Emmons, 2008:8)

A grande diferença entre assertividade, passividade e agressividade, diz respeito ao uso e/ou abuso dos direitos de afirmação pessoal (Slater, 1990). A comunicação assertiva caracteriza-se pela coordenação das perspetivas do próprio e do interlocutor (Joyce-Moniz & Barros, 2005), pelo que os direitos envolvidos são sempre respeitados.

Fundamentação- Segundo Fontes (2007), na assistência em saúde mental e psiquiatria, se reconhece-se a importância das relações sociais e redes sociais no que diz respeito à reconstrução de um dia a dia muitas vezes perturbado pelo sofrimento e também como uma variável que interfere positivamente no tratamento.

Assim, de acordo com Campos (2009), é hoje um dado consensual a necessidade de abordagens integradas para a pessoa com doença mental, que incluam tratamentos biológicos e estratégias psicossociais focalizadas no doente e na família.

Um grande número de fatores, entre os quais, a punição, o reforço, a modelagem, a falta de oportunidade, os padrões culturais e as crenças pessoais, assim como a incerteza quanto aos direitos do próprio contribuem para o déficit de assertividade (Galassi & Galassi, 1977). Deste modo, “os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental são agentes privilegiados na conceção, implementação e avaliação de programas de promoção de competências sociais...” (Loureiro 2013). Em tais programas a importância das técnicas é enfatizada, assim como se dá uma grande importância à assertividade.

Objetivos terapêuticos

- Adaptação psocossocial
- Relações sociais
- Interação social
- Comunicação de necessidades apropriadamente
- Comunicação de sentimentos apropriadamente
- Expectativas de resposta pelos outros
- Aceitação de críticas construtivas
- Vontade de confrontar outros

Critérios de exclusão:

Utentes com desorientação espaço temporal

Utentes com atividade psicótica ou alterações do comportamento que impossibilitem a realização da atividade

Recursos necessários

Material- mesas, cadeiras

Staff- Enfermeira orientadora/Aluna da especialidade

Tempo previsto: 45 min.

Procedimento- É efetuada uma introdução sobre o tema em grupo, em que cada elemento exprime a sua ideia de assertividade, diferenças entre passividade, assertividade e agressividade e dificuldades interrelacionais sentidas pelos mesmos

Cada participante é convidado a refletir numa situação em que não foi assertivo ou numa situação em que gostaria de se ter exprimido de forma diferente, dar uma ordem ou ou opôr-se a alguém.

Sessão 1 – “Boné dos medos”

Descrição- Encontravam-se presentes 6 utentes. Cada um refletiu e escreveu uma situação em que não foi assertivo ou numa situação em que gostaria de se ter exprimido de forma diferente, dar uma ordem ou ou opôr-se a alguém, num papel. Recolheram-se os papéis no boné de um dos dos utentes. A seguir, foram sorteados os papeis por cada um (não devendo ser o papel do próprio) e cada um assumiu o problema descrito como fosse seu. Foi lido cada problema em voz alta, propondo uma solução assertiva para o mesmo, depois com a ajuda do grupo e do staff.

Avaliação- A avaliação foi efetuada através da partilha pela palavra. Cada participante partilhou o que sentiu ao fazer o exercício e ao ver o seu problema ser solucionado, e como se sentia no “aqui e agora”, e de que forma poderia usar as aprendizagens da atividade no dia-a-dia.

A maioria dos utentes obteve uma resposta ao seu problema, considerando a resposta dada pelo como assertiva e promotora de uma melhor relação futura.

Foi possível a expressão de sentimentos, tendo sido dada enfase pelo grupo à importância de opor-se a algo ou comunicar os seus desejos, não utilizando a agressividade ou passividade.

Sessão 2- “Exprime-te em situações de dificuldade”-

Descrição- Participaram 7 utentes. Cada participante foi convidado a escolher outra pessoa (poderia ser o enfermeiro) que representasse alguém a quem sentisse

necessidade de dizer algo e não conseguisse, de uma forma assertiva, enquanto o outro poderia argumentar, que decorreu de forma tranquila e a maior parte das vezes a pessoa escolhida foi o enfermeiro, que também estimulou o treino assertivo da expressão de sentimentos positivos (dar e receber elogios, fazer pedidos, expressar afeto e iniciar e manter uma conversa), negativos (expressar aborrecimento e desagrado justificado, expressar revolta justificada) e a auto-afirmação (defender direitos legítimos e expressar opiniões e recusar pedidos).

Avaliação- A avaliação foi efetuada através da partilha da palavra e inspirada nas categorias do comportamento assertivo de Galassi & Galassi (1977), em que para cada categoria foram trabalhadas as diversas temáticas e exploradas diversas crenças falsas que são um obstáculo à comunicação, como esquematizado no quadro:

Categoria	Temática	Descrição
Expressão de sentimentos positivos	Dar e receber elogios	Os utentes foram capazes de dar feedback positivo ao outro sobre aspetos específicos do seu comportamento/aparência
	Fazer pedidos	Os utentes foram capazes de fazer pedidos sem sentir que se estavam a impor e respeitando uma eventual recusa do outro.
	Expressar afeto	A expressão de agrado/afeto foi recebida de forma positiva pelo outro assim como transmitida com menor constrangimento
	Iniciar e manter uma conversa	Os utentes compreenderam a importância de iniciar e manter conversas com os outros, sem o medo constante de dizer algo que não agrada
Autoafirmação	Defender direitos legítimos e expressar opiniões	Os utentes compreenderam a importância de defender os seus direitos e opiniões (e não forçar a aceita-las) sem o receio de que os outros deixem de gostar deles ou de perder os amigos
	Recusar pedidos	Os utentes compreenderam a importância de recusar pedidos irrazoáveis ou pedidos que, sendo razoáveis, a pessoa não está disposta a fazer
Expressão de sentimentos negativos	Expressar aborrecimento e desagrado justificado	Os utentes treinaram situações em que a pessoa pode sentir desagrado pelo comportamento do outro, mesmo que haja uma relação de amizade
	Expressar revolta justificada	Os utentes treinaram situações de expressão de revolta, sem deixar de respeitar o outro.

Foi verbalizado pelos utentes que as sessões despertaram para o reconhecimento de direitos tais como de ser respeitado e tratado de igual para igual, de manter os meus

próprios valores, desde que eles respeitem os direitos dos outros, de expressar sentimentos e opiniões, necessidades e pedidos. Também foi dada importância à capacidade de dizer quero não sem me sentir culpado, de pedir ajuda e de escolher se quero prestar ajuda a alguém, de mudar de opinião ou pedir esclarecimentos.

Apêndice XIII- Estudo de caso



**5º Curso De Mestrado Em Enfermagem: Área De Especialização Em Enfermagem de
Saúde Mental E Psiquiátrica
Estágio**

Análise de uma situação de prestação individualizada de cuidados

Maria João Lino Raimundo

Lisboa - Julho de 2014



**5º Curso De Mestrado Em Enfermagem: Área De
Especialização Em Enfermagem De Saúde Mental E
Psiquiátrica
Estágio**

**Análise de uma situação de prestação individualizada de
cuidados
(Estudo de Caso)**

Maria João Lino Raimundo

Orientador:

Professor Doutor Luís Nabais

Co-orientador:

Mestre Jordão Abreu

Lisboa - Julho de 2014

“Cuidar do Ser é prestar atenção ao sopro que o anima”.

Jean-Yves Leloup

LISTA DE SIGLAS

AAV- Alucinações acústico-verbais

CID 10- Classificação Internacional de Doença

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EESMP- Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FACES - Family adaptability and cohesion evaluation scales

HD – Hospital Dia

HTP- Home-Tree-Person

MCAF- Modelo Calgary de Avaliação da Família

MDAIF – Modelo Dinamico da avaliação e intervenção familiar

NIC- Nursing Interventions Classification

NOC- Nursing Outcomes Classification

OE – Ordem dos Enfermeiros

INDICE

NOTA INTRODUTÓRIA.....	- 1 -
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	- 4 -
1.1- ASPETOS SOCIAIS E PSICOPATOLÓGICOS DA DEPRESSÃO CLÍNICA -	4 -
1.2. MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR.....	- 10 -
1.2.1. Instrumentos de avaliação.....	- 12 -
1.3. ENTREVISTA DE ENFERMAGEM.....	- 13 -
1.4. ANÁLISE SIMBÓLICA DO DESENHO	- 15 -
2. APRESENTAÇÃO DA PESSOA E HISTÓRIA DE VIDA.....	- 16 -
2.1. ANAMNESE.....	- 16 -
2.1.1. Identificação.....	- 16 -
2.1.2. História Pessoal/de vida	- 16 -
2.1.3. História de saúde	- 18 -
2.2. EXAME MENTAL.....	- 20 -
2.3. AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA FAMILIAR.....	- 21 -
2.3.1. Dimensão estrutural.....	- 21 -
2.3.2. Dimensão desenvolvimental.....	- 23 -
2.3.3. Dimensão funcional- Expressiva.....	- 25 -
2.3.4. Dimensão funcional (Instrumental)	- 28 -
3. PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	- 29 -
3.1- PLANO DE CUIDADOS	- 29 -
3.2. AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES CLÍNICAS	- 33 -
3.2.1. Avaliação do plano de cuidados	- 33 -
3.2.2. Avaliação da aplicação do HTP	- 34 -
4. DISCUSSÃO	- 40 -
5. CONCLUSÃO	- 42 -
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

ANEXOS

ANEXO I- MDAIF

ANEXO II- ESCALA DE GRAFFAR (ADAPTADA)

ANEXO III- PSICOFIGURA DE MITCHELL

ANEXO IV- ESCALA DE APGAR DE SMILKSTEIN

ANEXO VI- ESCALA FACES II (ADAPTADA)

ANEXO VII- ENTREVISTAS

INDICE DE FIGURAS

1- Diagrama do Modelo de Cuidado de Enfermagem de Família (reconstruído)	-11-
2- Genograma	-21-
3- Ecomapa	- 22 -
4 - Teste HTP- Casa	- 22 -
5 - Teste HTP- Árvore	- 22 -
6 - Teste HTP- Pessoa	- 22 -

INDICE DE TABELAS

Tabela 1- Plano de cuidados.....	- 30 -
Tabela 2- Avaliação do plano de cuidados.....	- 33 -
Tabela 3- Questionário- Desenho da casa	- 36 -
Tabela 4- Questionário- Desenho da árvore.....	- 36 -

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e de acordo com o conteúdo programático do Documento de Orientação de Estágio, foi-nos proposta a elaboração de um Estudo de Caso de modo a desenvolver competências comuns e específicas preconizadas pela O.E. e as competências de ESMP preconizadas no Plano de Estudo da ESEL nos seguintes domínios:

- Auto conhecimento/ Desenvolvimento Pessoal e Profissional- Especialmente na identificação de emoções, sentimentos, valores e outras circunstâncias inerentes à relação terapêutica, na interação com o utente em causa.
- Diagnóstico do Estado de Saúde- Diagnosticando problemas de saúde através de taxonomias e métodos de colheita de dados adequados e específicos da profissão
- Planeamento e Implementação de Cuidados de Enfermagem- Delineando intervenções, identificando indicadores de resultados e avaliando a eficácia das intervenções levadas a cabo.

A Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria dirige-se hoje aos projetos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença mental com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida, conforme refere a O.E. (2009). Foi nossa pretensão sobretudo adquirir competências de enfermeiro especialista, através de uma abordagem sistematizada do conforto e da demonstração dos ganhos em saúde que daí podem advir.

Este documento debruçar-se-á “sobre uma situação específica que se supõe ser única e especial, pelo menos em certos aspetos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico e desse modo contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse”, de encontro ao que nos refere Ponte (2006). Assim, a presente análise de uma situação de cuidados é inspirada na metodologia do estudo de caso, sendo um método amplo que permite ser aplicado a uma grande variedade de

problemas e contribui, de forma consistente, para o desenvolvimento de um corpo de conhecimento próprio em enfermagem. Deste modo, e concordando com Galdeano; Rossi e Zago (2003), pretendemos descrever, entender, avaliar e explorar uma situação e a partir daí, determinar os fatores causais e estabelecer ações.

Desta forma, temos como objetivos:

- Identificar necessidades específicas do utente e família, nomeadamente fatores de *stress* e crises situacionais ou de desenvolvimento no contexto familiar.
- Aplicar estratégias de comunicação terapêutica visando a redução do sofrimento, a promoção de processos adaptativos e mudanças a nível comportamental.
- Elaborar plano de cuidados e intervenções de Enfermagem
- Identificar resultados esperados individualizados.
- Planear e implementar e avaliar cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.
- Efetuar diários de aprendizagem que permitam o autoconhecimento e a reflexão sobre os acontecimentos relevantes

A análise da situação de cuidados aqui apresentada centra-se num utente internado em HD, tendo como diagnóstico médico *Perturbação Depressiva Major simples, moderada* e como principal foco de enfermagem *Socialização comprometida*. Tais fatores pressupõe a abordagem incondicional dos aspetos comunitários e familiares. Para tal, faz-nos sentido a inspiração no *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar* (MDAIF), de Maria Henriqueta Figueiredo (2005) e no uso dos instrumentos nele preconizados.

Para a colheita de dados subjetivos e objetivos iremos recorrer à entrevista clínica, ao exame mental e à observação comportamental tomando como referência os autores Stuart & Laraia (2001, 2002), Phaneuf (2005), Doenges & Moorhouse (2010) e Morrison (2010).

Para além das entrevistas de enfermagem e dos dados colhidos em processo, será efetuada uma abordagem pelo desenho projetivo, inspirada no teste HTP (**H**ouse-**c**asa, **Á**rvore-**T**ree, **P**erson- pessoa) como complemento, tendo como principal referencia Buck (2003). Segundo Campos, (2008), as indicações sobre a dinâmica da personalidade projetada no desenho foram descobertas graças ao emprego de várias fontes de evidência, tais como: informações a respeito do paciente; associação livre; interpretação dos símbolos pela análise funcional e comparação de um desenho com outro desenho de uma série, entre outras. O Teste da Casa-Árvore-Pessoa (House-Tree-Person), organiza-se como técnica projetiva para o estudo da personalidade, a partir da análise de fatores intelectuais no desenho.

Recorreremos às taxonomias: CIPE para designar os diagnósticos de Enfermagem, NIC (Bulechek, Butcher e Dochterman, 2010) para enunciar as atividades recomendadas e operacionalizar cada uma das intervenções e ainda os indicadores de resultados NOC. Assim, os planos de cuidados de enfermagem serão elaborados e atualizados ao longo do estágio, em parceria com os indivíduos que deles beneficiam, de acordo com a avaliação inicial efetuada e implementados em função das prioridades estabelecidas.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo serão abordados aspetos sobre o estado da arte resultantes do aprofundamento de conhecimentos necessários à elaboração deste trabalho. Nele constam aspetos epidemiológicos, sociais e patológicos da depressão, do modelo que sustenta o estudo, assim como das ferramentas e instrumentos utilizados no mesmo.

1.1- ASPETOS SOCIAIS E PSICOPATOLÓGICOS DA DEPRESSÃO CLÍNICA

Uma perspetiva epidemiológica e social

Epidemiologicamente os dados sobre a prevalência de perturbações psiquiátricas decorrentes de um estudo coordenado por Almeida e Xavier (2013), revela que “mais de um quinto das pessoas entrevistadas [...] apresenta uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses anteriores ao estudo” o que significa que “esta prevalência é a segunda mais alta a nível europeu” (Almeida e Xavier, 2013, p.26). Os mesmos autores referem que as perturbações depressivas, com respetivamente 11.7%, 59% e 29.3% de gravidade ligeira, moderada e grave, apresentam um padrão de maior gravidade comparativamente a outras, assumindo o segundo lugar na prevalência das perturbações mentais. Destaca-se, cumulativamente, que a perturbação depressiva major é uma das perturbações mais frequentemente encontradas na população portuguesa, com uma percentagem de registo de 6.8%.

Um estudo realizado por Apóstolo *et al* (2011) revela que de 40 a 45% dos indivíduos inquiridos apresentam algum grau de perturbação afetivo-emocional, sendo que cerca de 12% apresentam níveis graves ou muito graves de depressão. Verificou-se igualmente uma alta comorbidade entre depressão, ansiedade e *stress*. Estes resultados estão, na generalidade, de acordo com os obtidos com outras amostras, nacionais e internacionais, no que diz respeito à comorbidade. Quanto à prevalência pontual das perturbações afetivo-emocionais, os resultados pactuam, globalmente, com os obtidos em amostras portuguesas e são mais elevados que os registados noutros países.

Num cômputo geral, sobressai da revisão de literatura que as Perturbações do Humor são a principal causa de incapacidade a nível mundial e fator de diminuição da qualidade de vida e produtividade laboral decorrente do aumento de absentismo. Como consequência resultam custos diretos e indiretos pesados para a sociedade (Gusmão *et al*, 2005).

Vários autores dão ênfase à componente social da depressão, em que a mesma interfere significativamente na diminuição da qualidade de vida, na produtividade e incapacitação social do indivíduo. Pode ser vista como um mal que se enraíza no "eu" do indivíduo, bloqueando suas vontades e dirigindo de forma negativa o curso dos seus pensamentos, interferindo no seu autoconceito, prejudicando o sujeito tanto no contexto psicossocial como individual (Coutinho *et al*, 2008). (Barreto (1993) *in* Ribeiro *et al* (2007) preconiza que a depressão para além de estar associada a um comprometimento da personalidade, baixa autoestima e autoconfiança, no âmbito social, a representa uma inadaptação ou um apelo ao socorro, bem como uma possível consequência da violação de mecanismos culturais, familiares e escolares. A descrição da depressão ancorada em elementos psicossociais demonstra a importância de um foco não apenas numa perspetiva intraindividual, mas como um objetivo social, uma vez que estabelece conflitos sociais que comprometem a saúde mental do indivíduo e, consequentemente, danifica todas as redes de comunicação e convívio, interferindo assim no equilíbrio do meio social e familiar de uma forma muito mais abrangente. (Ribeiro *et al*, 2007).

Aspetos psicopatológicos

A depressão é caracterizada por vários autores como um transtorno de humor, porém abrange fatores cognitivos, comportamentais, fisiológicos, sociais, económicos e religiosos, entre outros, estando presente em diversos distúrbios emocionais. (ribeiro *et al* (2007).

Para Camon (2001), a depressão surge como resultante de uma inibição global da pessoa, que afeta a função da mente e distorce a maneira como vê o mundo, sente a realidade, entende as coisas e demonstra suas emoções. Ballone (2002), considera que associados à depressão estão sofrimento moral, inibição global e estreitamento vivencial.

Assim, é considerada uma doença do organismo como um todo, que compromete o ser humano na sua totalidade, sem separação entre o psíquico, social e o físico. Ainda segundo o pensamento desse autor, o desespero em relação à vida, a angústia, o desejo de um fim, a morte como presença, o medo como aliado da existência, o abandono da autoestima, o suicídio como proposta, expressam entre outros sinais a dor do deprimido. Sougey, Azevedo & Taveira (2001) postulam que ao sofrer de depressão, o indivíduo depara-se com sentimentos e pensamentos de pessimismo, desamparo, tristeza profunda, apatia, falta de iniciativa, descontentamento físico, dificuldade na organização e fluidez das ideias, comprometimento do julgamento cognitivo, entre outros sintomas.

Coimbra de Matos (1986), numa visão psicanalítica, descreve os aspetos essenciais que estão na base da sua estrutura, bem como os tipos de depressão que existem. Relativamente à sua estrutura, encontram-se, segundo o autor, três aspetos centrais: Dependência Oral-Anaclítica, a Insuficiência da Compleição Narcísica e a Severidade do Supereu. Este esquema tridimensional possibilita a distinção de três modelos clínicos de depressão: simples, narcísica ou de inferioridade de culpabilidade ou masoquista.

A depressão simples, onde predomina o estilo relacional oral, é marcada pela dependência anaclítica e afetiva. A angústia de separação é evidente por estas características, sendo que a sua efetivação resulta no vazio depressivo. A depressão narcísica ou de inferioridade é marcada pelo conflito entre a autoimagem que o sujeito vive como real e o Ideal do Eu, tendo por base a desidealização do próprio e a idealização do outro. Estes fatores criam uma elevada dependência patológica, que acaba por ser a origem da evidência depressiva dos mesmos em idades mais avançadas. No tipo de depressão de culpabilidade ou masoquista. Dá-se uma inflexão interna da agressividade e uma desculpabilização e idealização do objeto, pela identificação projetiva patológica. O autor justifica o nome de depressão masoquista ao considerar que, pelo receio de abandono do objeto fica sujeito e submisso à sua agressividade (Coimbra de Matos, 1986).

Eduardo Sá (2009) vai de encontro à transversalidade da depressão, nas estruturas patológicas, defendendo a existência de uma depressão numa linha mais neurótica,

borderline e psicótica. A depressão neurótica subjaz sempre uma angústia de castração, uma vez que os movimentos de autonomia e de construção da identidade sexual do filho ou da filha implicam sempre um confronto com o modelo identificatório que podem desencadear também um sentimento de uma pequenez e um sofrimento acentuado, quando se tornam incompatibilizáveis com o desenvolvimento saudável. Num registo *borderline*, Sá (2009), enfatiza a questão da falha básica que numa relação do tipo narcísico-narcisante, mascara, através de uma depressividade (sensação de vazio, angustia de abandono e vitimização recorrente). Esta vitimização, esconde por sua vez, uma dimensão maníaca que surge como forma de arrogância e desprezo relativamente a todas as reparações reparadoras em que o sentimento do vazio surge como defesa à consciência do nada objetual, que na melancolia é sentido como uma morte iminente. No diagnóstico psicótico, a depressão melancólica surge quase na continuidade ou ampliação de uma depressividade, que ela própria não deixa emergir a verdadeira depressão (Sá, 2009).

O quadro que se entende por *Depressão* está classificada dentro dos *Transtornos Afetivos* segundo a CID 10. Esta alteração do humor em geral se acompanha de modificação no nível global de atividade, e a maioria dos episódios destes transtornos tendem a ser recorrentes e pode estar relacionada com situações ou fatos stressantes. O episódio depressivo típico é classificado em *Leve*, *Moderado* ou *Grave*, quanto à intensidade.

O DSM V classifica a *Depressão* dentro dos *Transtornos do Humor*, na *Perturbação Depressiva Major* estão presentes cinco (ou mais) dos seguintes sintomas, durante de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior. Pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.

Ressalvamos o facto de Martins do Rio, (2008) referir que as classificações atuais das perturbações do humor reportam para uma dicotomia binária: unipolar/bipolar. Diversos dados genéticos, imagiológicos, clínicos e psicossociais vêm, contudo, evidenciando há décadas, alguma relação entre perturbações atualmente consideradas como distintas.

Com efeito, segundo o autor, alguns peritos questionam a referida classificação binária, sugerindo, ao invés, um *continuum* entre as categorias.

Ainda segundo o CID 10 e tendo em conta o percurso do diagnóstico em estudo, faz-nos sentido aqui abordar o Episódio depressivo com sintomas psicóticos, que é acompanhado de alucinações, ideias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo, sendo estes últimos relacionados com sentimentos de inutilidade. Delírios de teor persecutório também podem ocorrer.

A etiologia da perturbação depressiva tem vindo a ser debatida ao longo dos tempos, baseando-se numa multiplicidade de teorias do tipo cognitivas, biológicas, genéticas, psicossociais, psicanalíticas, entre outras. Contudo, a sua conceptualização deverá ser realizada numa abordagem integrada, uma vez que se trata de uma doença multifatorial e por isso, incapaz de ser redutível e interpretada à luz de uma realidade isolada.

Sendo a perturbação depressiva uma entidade multifatorial complexa, é de esperar que o seu tratamento, além de personalizado seja também diversificado (mono ou multimodal). Persistem duas grandes formas de abordagem terapêutica – biológica e psicológica – que não se excluem entre si e podem até complementar-se. O tratamento biológico engloba sobretudo os antidepressivos, podendo, concomitantemente pode ser necessária a utilização de ansiolíticos, hipnóticos, estabilizadores do humor e neurolépticos. Do tratamento psicológico destacam-se as psicoterapias, alicerçadas numa relação terapêutica, centralizada na problemática da pessoa, visando a compreensão e o alívio do sofrimento psíquico (Afonso, 2007). Neste sentido, Apóstolo (2010), refere que, para além da intervenção farmacológica, têm sido proporcionadas outras intervenções aos doentes internados em serviços de clínica psiquiátrica, como o relaxamento progressivo e a utilização de imagens mentais positivas, com o objetivo de diminuir os níveis de ansiedade e de *stress* e promover o conforto. Intervenções deste tipo, têm um efeito positivo no aumento do conforto e na diminuição dos níveis de ansiedade, depressão e *stress* e poderão ser utilizadas como intervenções de

enfermagem nos doentes internados em clínica psiquiátrica. “Sendo uma intervenção autónoma de enfermagem, pode ser incluída no plano de cuidados dos doentes. Os riscos desta intervenção, desde que clinicamente acompanhada, são inexistentes, prevendo-se uma relação custo-benefício positiva” Apóstolo *et al*, 2011).

1.2. MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

Para Figueiredo (2012), O MDAIF (Anexo I) emergiu de um percurso de investigação em resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses face aos cuidados com as famílias. Assim, os seus pressupostos reconhecem a complexidade do sistema familiar, partindo-se do princípio fundamental dos cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto cliente e unidade de intervenção.

No HD, e de acordo com este modelo, tentamos considerar a família como unidade de cuidados. A estrutura operativa do MDAIF, de cariz dinâmico, flexível e interativo, permite estabelecer intervenções que deem respostas às necessidades das famílias em cuidados, identificando, com rigor, tais necessidades

A compreensão da família a partir deste paradigma permite-nos conceptualizá-la num contexto de diversidade que ultrapassa a visão de família nuclear, acompanhando a evolução do conceito de família “modificado e reconstruído a par da evolução dos contextos e estruturas sociais” (Figueiredo, 2006, p.11).

Figueiredo (2009) considera que a intervenção de enfermagem com as famílias requer a utilização de modelos que permitam a conceção de cuidados orientados tanto para a colheita de dados como para o planeamento das intervenções, pois os modelos conceptuais estabelecem um quadro de referência e um modo coerente de pensar sobre família.

Segundo Figueiredo (2012), o processo de co construção deste modelo de cuidados, foi cimentada na articulação dos conceitos do Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) de Wright & Leahey, com os focos da prática de enfermagem descritos na CIPE e tendo por base os pressupostos do pensamento sistémico e experiências e vivências dos enfermeiros nos seus contextos de ação com as famílias. Este modelo pressupõe assim a definição de subconjuntos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem estruturado com base no modelo de avaliação e que possibilita a construção de um modelo de intervenção interativo e articulado com as áreas de atenção relevantes nos cuidados centrados na família, enquanto unidade.

Considerando as dimensões de avaliação da família, estrutural, de desenvolvimento e funcional, para cada uma delas foram definidos dados avaliativos, que, no seu conjunto, permitem caracterizar e avaliar a família, enquanto unidade, como esquematizado na figura 1. A dimensão avaliativa incide sobre a estrutura da família, visando identificar a composição da mesma, os vínculos existentes entre a família e outros subsistemas como a família alargada e os sistemas amplos e ainda aspetos específicos do contexto ambiental, que podem indicar riscos de saúde. A avaliação referente à dimensão de desenvolvimento possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, numa abordagem processual e contextual. Na dimensão funcional dimensão é dado ênfase à interação familiar, que ao desempenho de funções e tarefas familiares a partir da complementaridade funcional que dá sustentabilidade ao sistema. Esta avaliação integra as dimensões instrumental e a expressiva, em que a primeira se reporta às atividades quotidianas da família, e a segunda enfatiza as interações entre os membros da família

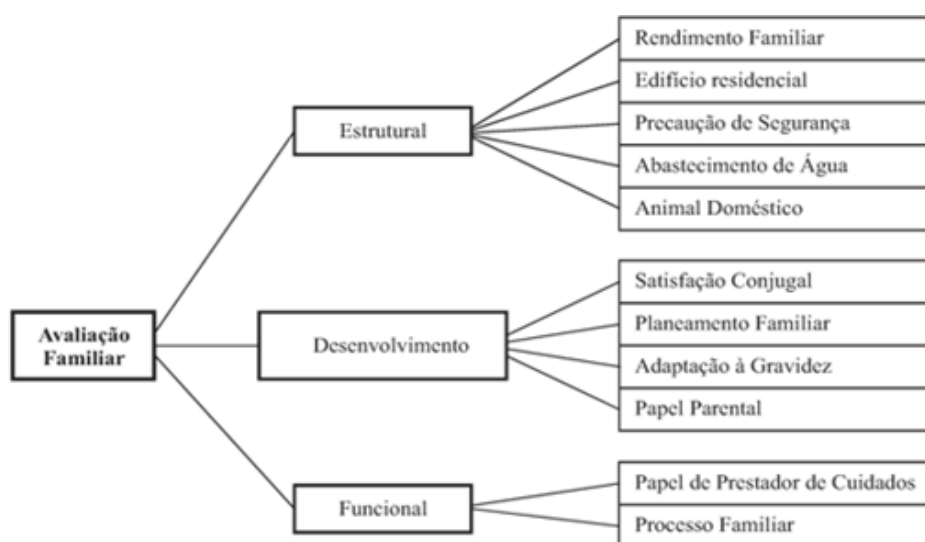


Figura 1. Fonte: <http://repositório-aberto.up.pt>

3.2.1. Instrumentos de avaliação

Em cada dimensão avaliativa do MDAIF são aplicados outros instrumentos de avaliação, considerados fulcrais para a avaliação familiar.

No âmbito *da* dimensão estrutural são aplicados o Genograma e Ecomapa e a Escala de Graffar adaptada (Anexo II). O uso do genograma auxilia na expressão gráfica das relações intergeracionais dentro da família. Assim, permite combinar informações biomédicas e psicossociais, percebendo doenças que apresentam padrão transgeracionais (Rebelo, 2007). Em relação ao Ecomapa, este evidencia o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família, através da identificação de pessoas e instituições de referência. Integra assim as relações com os serviços da comunidade, os grupos sociais, o trabalho, as relações pessoais significativas e outras específicas da família, (Agostinho, 2007), A Escala de Graffar adaptada avalia as condições socioeconómicas da família com vista a identificar a sua classe social (Amaro, 2001).

Na dimensão desenvolvimental são aplicados a Psicofigura de Mitchel (Anexo III), pretendendo-se neste contexto que sejam os elementos da família a interligar as figuras com as linhas, que representam os diferentes tipos de relação entre si. (Martins, Fonseca & Costa, 2000; Marau, 2007).

No âmbito da *dimensão funcional (expressiva)* foram utilizados instrumentos como o Apgar Familiar de Smilkstein (Anexo IV), Escala de Readaptação Social de Holmes e RAHE (Anexo V) e FACES II (Anexo VI). O Apgar Familiar, criado por Gabriel Smilkstein em 1978, constituiu-se como uma tentativa de responder às necessidades de avaliação do funcionamento das famílias (Smilkstein, Ashworth e Montano, 1982). A Escala de Readaptação Social de Holmes e RAHE referenciada por Masuda e Holmes (1978) in Figueiredo (2012), é um instrumento útil para explorar as diferenças entre grupos, quanto ao impacto dos acontecimentos de vida, contribuindo para ajustar o processo terapêutico. A FACES II permite obter dados essenciais para a compreensão dos limites entre os subsistemas existentes na família, incluindo a existência de coligações que evidenciem conflitos entre os membros.

3.3. ENTREVISTA DE ENFERMAGEM

A entrevista é o principal recurso para a obtenção de dados e consequentemente para a formulação dos diagnósticos de enfermagem em psiquiatria, pelo que lhe dedicamos especial atenção. É através desta relação que se estabelece a relação terapêutica e consequente relação de ajuda e de confiança. Proporciona a ventilação de emoções que provocam angústia, a busca de compreensão do significado inconsciente de sintomas, a exploração de sentimentos e atitudes.

É uma forma de interacção entre a pessoa e o enfermeiro e pode ter como objectivo colheita de dados, aconselhamento, ensino psicológico e/ou resolução de problemas, com vista a ajudar a pessoa a viver uma situação difícil. Na sua preparação deve ser atendida à utilidade, finalidade, a pessoa a que se dirige e meios disponíveis para a sua concretização (Chalifour, 2009).

A pertinência da entrevista é claramente fundamentada por Chalifour (2008) que refere que a análise de uma entrevista é uma metodologia adequada para o indivíduo que conduz a relação, uma vez que permite uma visão retrospectiva das suas intervenções, nomear as suas vivências relativamente a um cliente e identificar os efeitos em si próprio.

Tendo em conta a realização de uma entrevista inicial, a esse respeito Chalifour (2008) menciona “A entrevista inicial é um encontro formal ao longo do qual aquele que ajuda e aquele que é ajudado entram em contacto pela primeira vez com o objetivo de se conhecer, de clarificar um pedido de ajuda, de determinar os serviços mais adequados para lhe responder e, de acordo com a situação, permitir ao interveniente oferecer ajuda ou orientar o cliente para o recurso mais apropriado.

Stuart e Laraia (2001) dizem-nos que a expressão de sentimentos ocorre quando o cliente fala das coisas que mais o preocupam, dando possibilidade que esses sentimentos e experiências sejam explorados durante a relação com o enfermeiro.

Chalifour (1989), citado por Queirós (1999), define a relação de ajuda como “uma interação particular entre duas pessoas, a enfermeira e o doente, cada uma contribuindo

pessoalmente para a procura e satisfação de uma necessidade de ajuda apresentada por este último (...) essa interação pressupõe que o enfermeiro adote uma maneira de estar e de comunicar em função do objetivo que pretende atingir. Este objetivo está relacionado tanto à necessidade de ajuda do beneficiário como à compreensão que o enfermeiro tem do seu papel.

Crowe e Luty (2005, p 127) referem-se às *habilidades* ou competências do enfermeiro para que este dê resposta às necessidades da pessoa e na procura da relação com o outro (utente) para a melhor compreensão da situação, das necessidades, das intervenções. Os mesmos autores referem que as pessoas reclamam muito mais do que uma interação verbal (procuram uma interação relacional) e explicitam a relevância das habilidades interpessoais do enfermeiro face ao utente com quadro depressivo, valorizando o contexto interpessoal, o contexto das relações, o contexto subjetivo onde aquela pessoa se insere.

O contexto das suas relações interpessoais é valorizado e central, como as relações sociais estabelecidas ao longo da vida, papéis sociais e familiares, vivências da infância, e que por “reforço” foram apreendidas e continuamente repetidas pelo cliente, mas que podem estar a interferir com o seu nível de bem-estar. Assim, os profissionais de saúde devem ter uma orientação antecipatória, conhecer cada pessoa, despende de tempo, reconhecer a unicidade de cada um.

3.4. ANÁLISE SIMBÓLICA DO DESENHO

A partir do século XX o desenho passou a ser utilizado como técnica de avaliação psicológica, para investigar habilidades cognitivas e características da personalidade humana (Bandeira, Costa & Arteché, 2008). Campos (2008) refere que o teste do desenho como técnica projetiva, em virtude de sua economia do tempo, fácil administração e férteis resultados clínicos, tem-se tornado cada vez mais frequente, sendo que "...as investigações assistemáticas do simbolismo do desenho, os insights da psicanálise levaram, tanto leigos quanto clínicos, a se tornarem progressivamente conscientes do fenômeno de que o inconsciente se revela através de aspectos simbólicos do desenho".

O HTP (modelo no qual nos inspiramos como intervenção clínica neste estudo de caso) foi criado por John N. Buck, em 1948, e tem como objetivo compreender aspectos da personalidade do indivíduo bem como a forma deste indivíduo interagir com as pessoas e com o ambiente. O HTP estimula a projeção de elementos da personalidade e de áreas de conflito dentro da situação terapêutica e proporciona uma compreensão dinâmica das características e do funcionamento do indivíduo (Buck, 2003). Segundo Borsa (2010), o instrumento é destinado a indivíduos maiores de oito anos e propõe a realização de três desenhos sequenciais: uma casa, uma árvore e uma pessoa, os quais devem ser desenhados em folhas separadas, utilizando lápis e borracha. A aplicação propõe, também, que se realize um inquérito acerca de características e descrições de cada desenho realizado

4. APRESENTAÇÃO DA PESSOA E HISTÓRIA DE VIDA

Neste capítulo serão descritas as interações com o utente a que chamaremos “P.S.”, assim como os dados colhidos. Toda a interação foi realizada mediante as entrevistas efetuadas (Anexo VII).

2.1. ANAMNESE

Neste subcapítulo pretendemos fazer a identificação de P.S. assim como uma descrição de eventos de vida significativos em várias fases do desenvolvimento como fatores precipitantes da doença, assim como uma descrição da história da mesma até ao momento presente.

2.1.1. Identificação

- Idade- 35 anos
- D.N. 19-04-1979
- Sexo – Masculino
- Estado Civil- Solteiro
- Residência- Cacém
- Habilitações literárias- Licenciatura em Gestão
- Profissão- Desempregado

2.1.2. História Pessoal/de vida

P.S. é o segundo filho duma fratria de 2 de uma família estruturada. Vive com o Pai (78 anos) que era técnico de electromedicina e mãe (79 anos) que Doméstica, estando ambos reformados. O irmão (50 anos) vive sozinho, também solteiro e tem a profissão de segurança.

História peri-natal: Filho de uma gravidez planeada e desejada, desconhece problemas durante a mesma. Parto eutócico de termo, no hospital. Desconhece intercorrências

neonatais (pré ou pós natais). Refere aleitamento materno por período de tempo que não soube especificar.

Desenvolvimento psicomotor: Sem alterações aparentes do desenvolvimento

Sintomas psicopatológicos na infância: Nega sintomas psicopatológicos na infância, nomeadamente onicofagia, ecoprese, tiques ou alterações da alimentação e do sono. Sem alterações conhecidas no desenvolvimento psico-motor, refere que começou a andar e falar na mesma idade das outras crianças. Descreve-se como uma criança sem amigos e não brincava muito. Tinha uma relação distante com os pais, que sempre tiveram uma postura rígida para com o próprio, não o deixando construir uma imagem de si próprio nem fazer opções relativas ao seu futuro, mesmo depois de adulto. Verbaliza sentimentos de ser “um falhado” (SIC) e a sua vida emocional circula na órbita das figuras parentais, que lhe transmitem uma sensação de incapacidade desde a infância.

Sintomas psicopatológicos na adolescência: Refere que afastava os colegas, que lhe quisessem fazer algo que o próprio nunca faria, como insultos ou brincadeiras de crianças, dos quais tinha medo, principalmente de ser ridicularizado. Teve vários interesses por raparigas mas não investiu em relações por “medo do ridículo e de ser gozado” (SIC), altura em que se começa a isolar mais quer da família quer de potenciais colegas e amigos.

Percurso escolar: Durante a escola primária quando fazia os trabalhos de casa o pai o insultava dizendo que era “burro” (SIC), sendo que a mãe adotava a mesma postura e ainda hoje em dia refere que ele “não sabe fazer nada” (SIC) e que mais vale ser ela a fazer. Considera que o estudo era um “martírio” (SIC) e não fez amigos na escola nem no presente, adotando sempre a postura reservada já referida. Reprovou o 10º e 12º ano e passou sempre no limite, que relaciona com a pressão dos pais.

Percurso laboral: Quando acabou o 12º ano trabalhou 2 nos num armazém e depois por vontade dos pais foi para a faculdade e tirou o Curso de Gestão de empresas, terminando vários anos depois (em 2012), nunca tendo trabalhado na área, fazendo outros trabalhos pontuais.

Historia afetivo-sexual: Aos 30 anos teve uma namorada durante três anos, acabando por terminar a relação em 2013. P.S refere que a mesma pertencia a uma religião, que não especifica, e tentou persuadi-lo a converter-se, assim como se refere a ela como “uma pessoa muito rígida”. Atualmente a ex-namorada emigrou para Inglaterra e é a única pessoa com quem mantém um contacto mais profundo, através do envio de *e-mails*. Refere que é a única estratégia que tem para “desabafar” (SIC) e a sua única relação social no momento, A mesma está a par da doença de P.S. assim como o tem incentivado a sair do país para arranjar emprego. Esta hipótese está no momento posta de parte por P.S. pois refere ter medo que volte “a depressão e as vozes” (SIC).

2.1.3. História de saúde

Antecedentes pessoais: Amigdalectomia aos 25 anos; Traumatismo crânio-frontal na infância, sem sequelas; Nega hábitos toxicófilos

Antecedentes psiquiátricos: Seguimento em Centro Integrado de Tratamento e Reabilitação em Ambulatório, em 2012 (de onde teve alta não medicado), por sintomatologia depressiva com anedonia. Tinha diagnóstico de Transtornos Neuróticos/ Transtornos da personalidade. Na altura medicado com Bupropiom e Haloperidol. Após cerca de 6 meses a um ano sem medicação houve recorrência sintomática com angústia, anedonia e isolamento e recorreu a médica de família e psicologia do Centro de Saúde. Em Maio de 2014 iniciou tratamento com Fluoxetina, Cloxazolam e Estazolam e substituiu depois a Fluoxetina por Bupropriom uma semana antes do internamento. Desde então manteve marcado isolamento, insónias totais, alucinações acústico verbal, que se tornaram prejurativas, tendo ficado nessa altura internado em psiquiatria de agudos.

Antecedentes familiares: Pai com patologia cardíaca não especificada e Asma; Avó e tia materna (já falecidas) com Patologia psiquiátrica não especificada.

Personalidade Prévia: P.S descreve-se como uma pessoa muito reservada e pouco comunicativa, e normalmente assume uma postura observadora, sendo pouco interativo e não estabelecendo relações sociais eficazes. Apresenta evitamento e dificuldade em aprofundar e desenvolver certos temas ou acontecimentos de vida. Refere que

normalmente e atualmente está isolado, tendencialmente tímido, reservado e observador. Ao longo da sua vida teve várias dificuldades na relação com os pais.

História da doença atual: Desde Dezembro de 2013 que está desempregado e por os pais não estabelecerem relações com a restante família, tentou dissuadi-los a fazê-lo, tendo conflitos com os mesmos por esse motivo. Iniciou quadro de clinofília, anedonia e cansaço. Apresentava alucinações acústico-verbais (AAV), como se fossem pensamentos e estabelecia uma espécie de diálogo interno com vozes, não sendo ofensivas ao princípio, mas nos últimos dias diziam coisas concordantes com o que os pais lhe diziam e com a avaliação que faz de si próprio ...”és uma porcaria...não vales nada... (SIC). Considerou-se a hipótese de P.S. estar perante um quadro depressivo, com reversão da agressividade para si próprio num contexto de dificuldades nas relações com os pais, sem estratégias ou capacidades para as modificar. As defesas predominantes foram o isolamento dos afetos e evitamento. O seu medo principal é de ser “um falhado e um incapaz” (SIC).

Internamento: PS foi referenciado a 02-07-2014, pela USF (após alerta dos pais) para observação psiquiátrica por *Síndrome Depressivo* arrastado, medicado e sem melhoria, isolamento há 3 dias, crises de choro, anorexia, emagrecimento, mau aspeto geral e insónias, tendo deixado de fazer a rotina diária normal, agravando desde Dezembro quando ficou desempregado (era repositor numa superfície comercial). Foi admitido a 25/07/2014 no serviço de internamento de psiquiatria de agudos de referência, através do S.U. com o Diagnóstico de *Estado paranoide* (alterações alucinatórias). Quadro marcado por angústia, não querer ouvir barulho. No início do internamento fica com o diagnóstico de depressão em contexto de personalidade disfuncional com pseudo-alucinações.“...Dizem que sou péssimo e mau, que não valho nada...às vezes surgem diálogos, dou comigo a pensar, a responder internamente em pensamento talvez...para se irem embora, para me deixarem em paz, quieto e sossegado...sinto-me para baixo...é qualquer coisa que para mim é estranho, não tem explicação, não tem cabimento nenhum...” (SIC). No decorrer do internamento, sem AAV e sono regularizado, embora com pensamentos “já devia ter uma casa, um carro, uma carreira e não tenho absolutamente nada...tenho picos de energia mas depois surge uma dificuldade e cai

tudo por terra...sou pouco motivado...(SIC). Teve alta a 04-08-2014, com o plano de integrar o HD, com o diagnóstico de *Perturbação Depressiva Major simples, moderada*.

2.2. EXAME MENTAL

Apresentação e postura Idade real coincidente com idade aparente, aspeto geral cuidado, com bom estado de higiene. Postura fletida, reflexiva, embora colaborante no acolhimento ao serviço; contacto sintónico.

Atividade Motora: Ligeiramente lentificado.

Discurso/linguagem: Discurso em resposta, adequado quanto ao conteúdo.

Memória, Atenção e Concentração: Atenção captável e fixável. Sem aparentes alterações da memória bem como da concentração. Capacidade de pensamento abstrato mantida bem como, da memória.

Estado de Consciência e Orientação: Apresenta-se vígil; orientado no tempo, no espaço e na pessoa.

Atitude/comportamento: Colaborante e adequado quanto às questões porém apresenta postura reservada e um certo evitamento.

Humor: Eutímico

Afeto: Apresenta afetos ressonantes e moldáveis, expressando alguns sorrisos ao longo da entrevista.

Pensamento: Sem alterações quanto à forma, fluxo ou conteúdo.

Percepção: sem alterações.

Insight: Apresenta juízo crítico sobre a doença e internamento. Reconhece as manifestações psicóticas como anormais e a doença.

2.3. AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA FAMILIAR

Neste capítulo, os dados colhidos, quer no processo do utente, quer nas entrevistas, apresentam-se estruturados com inspiração na estrutura do MDAIF.

2.3.1. Dimensão estrutural

Nesta dimensão foram construídos o Genograma (Figura 2) e Ecomapa (Figura 3):

Figura 2- Genograma

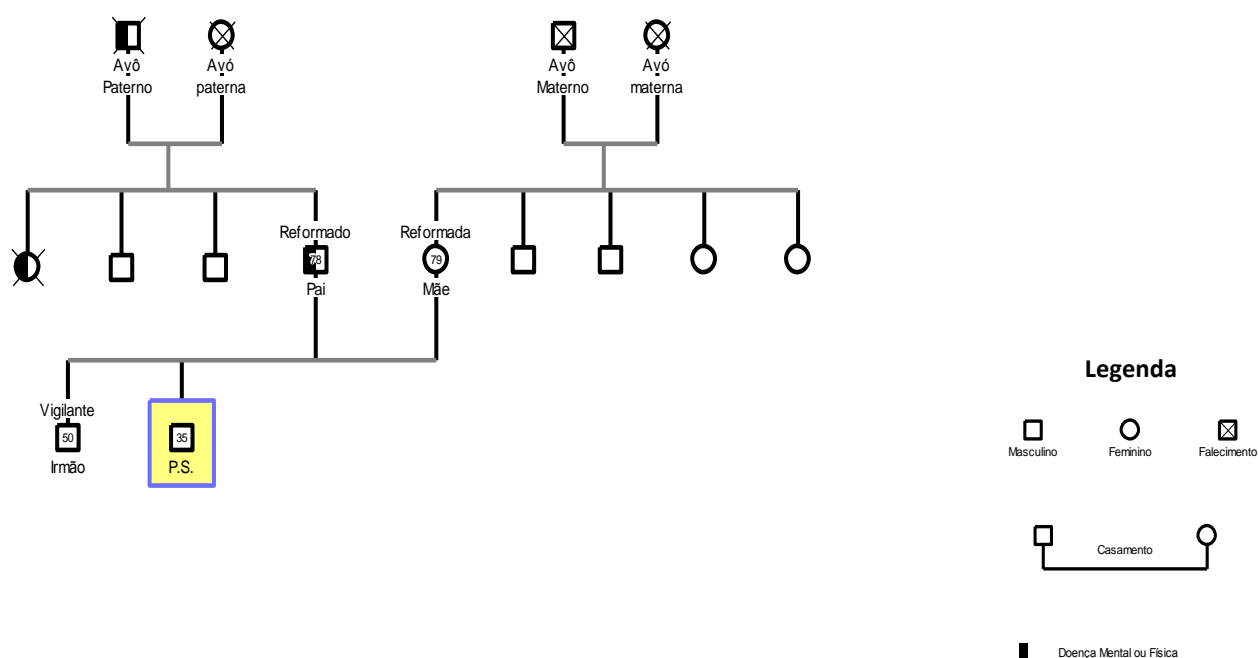
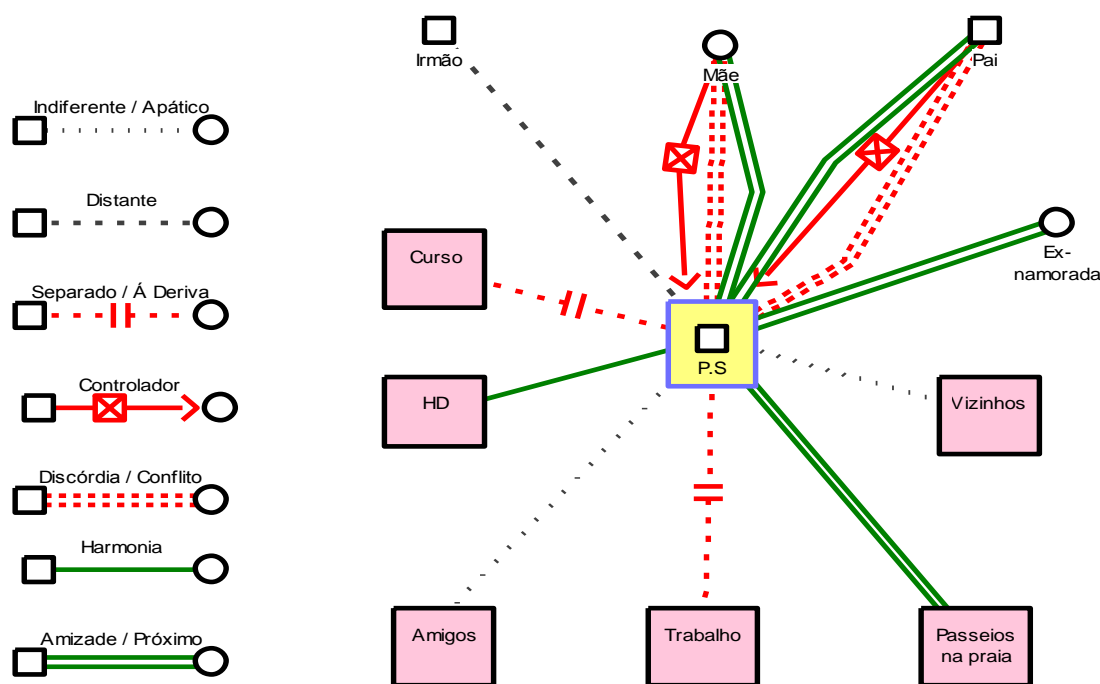


Figura 3- Ecomapa



Composição familiar

Tipo de família- Família Nuclear- Vínculo Forte

Família extensa- Para além do filho mais velho, os pais de P.S. não estabelecem vínculo com a restante família (tios; primos) - Vínculo fraco.

- Tipo de contacto- Pessoal (apenas o irmão).
- Intensidade do contacto – Mensal (apenas o irmão).
- Função das relações- Companhia social (apenas o irmão). P.S. refere que se dá bem com o irmão que saiu de casa também por conflitos com os pais que depois se resolveram e vai a casa dos mesmos frequentemente. Não tem relação com tios ou primos da parte mãe ou do pai, pois os pais cortaram relações. Em relação a esta situação gostaria de fortalecer os laços familiares, o que é impossibilitado pelos pais e motivo de conflito, como

já descrito. Refere que nem sabe ao certo quantos primos tem, da parte da mãe, sendo a relação muito fraca.

Sistemas mais amplos: Apenas o HD onde estabelece um vínculo intermédio com os restantes utentes, assim como com profissionais, sendo que a sua postura reservada e “receio de se expor” (SIC).

Classe Social

Escala de Graffar adaptada- Da aplicação da escala concluímos que a família se situa na posição social III- Classe Média.

Edifício residencial

- Barreiras arquitetónicas- Não
- Aquecimento- Aquecedor elétrico
- Abastecimento de gás- Canalizado
- Habitação com boas condições de higiene

Sistema de abastecimento

- Abastecimento de água- Rede pública
- Serviço de tratamento de resíduos- Rede pública

Ambiente Biológico- Não possui animal doméstico

2.3.2. Dimensão desenvolvimental

Etapa do Ciclo Vital Familiar- Família com filhos adultos

Conhecimento do papel- Não houve redefinição das relações entre P.S. e os pais nem se estabeleceu conhecimento sobre as tarefas desta nova fase da vida familiar, não havendo alteração de comportamento, no sentido do seu funcionamento efetivo, face às suas novas funções. P.S. sente-se incapaz de construir uma imagem de si próprio ou de fazer opções relativas ao seu futuro. Define os pais como pessoas com traços manipuladores, não o deixando ter uma vida autónoma. Inclusivamente, pensam ir para a terra de origem, levando o P.S. e não considerando a sua vontade.

Comportamentos de adesão

Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto- redefinição inexistente, mantendo a mesma postura com P.S, já caracterizada anteriormente

Satisfação com o contacto mantido com o filho- Não existe satisfação no sentido de que o pai não está satisfeito com a situação de desempregado de P.S. e mãe não reconhece a doença mental, não compreendendo o isolamento e postura reservada de P.S.

Consenso do papel- Não existe aceitação das expetativas do papel dos membros da família

Conflito do Papel - Verificou-se a inexistência de capacidades para desempenhar eficazmente as tarefas inerentes ao papel, não havendo reestruturação familiar no sentido da otimização do mesmo._Assim, quer P.S, quer os pais não desenvolveram estratégias conducentes ao desenvolvimento de mudanças no funcionamento da família que impulsionem a sua funcionalidade efetiva, não evitando assim o conflito de papeis, sendo as expectativas ligadas ao desempenho dos papéis ou de um papel são incompatíveis.

Saturação do papel- A saturação aparece associada à sobrecarga emocional e às expectativas de cada um dos elementos da família que não são congruentes com a realidade vivida.

2.3.3. Dimensão funcional- Expressiva

Escala de readaptação social de Holmes e Rahe - Houve a identificação de eventos geradores de *stress*, com um score de 229, o que significa 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e /ou psíquica.

Comunicação familiar

Comunicação emocional- Não existe satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos da família nem aceitação relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros. Em relação a P.S. os sentimentos não são expressos, sendo que P.S. não os partilha. Apresenta dificuldade em aprofundar e desenvolver certos temas ou acontecimentos de vida e evitamento. Refere que normalmente e atualmente está isolado, tendencialmente tímido, reservado e observador. Como já referido, os pais não consideram a morbilidade da doença do filho. O impacto que os sentimentos de cada um têm na família não é favorável

Comunicação (verbal/ não verbal) - Ao longo da sua vida P.S. teve várias dificuldades de comunicação com os pais a este nível. A comunicação apesar de clara relativamente ao discurso dos pais, tem um impacto negativo em P.S, sendo que se sente “um falhado” e a sua vida emocional circula na órbita das figuras parentais, que lhe transmitem uma sensação de incapacidade, pois têm traços manipuladores e “exigentes”, assim como sempre comunicaram em tom depreciativo. P.S por sua vez tem uma comunicação superficial, passando muito tempo calado, o que também causa conflitos com os pais.

Comunicação Circular- Não existe satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família.

Coping Familiar

Solução de problemas- Normalmente quem identifica os problemas são os pais e tem a iniciativa para os resolver. A discussão dos problemas não passa muitas vezes por P.S., não sendo habitual pedirem a sua opinião. P.S não sente satisfação no modo como são resolvidos os problemas na família sendo que a sua opinião não é normalmente considerada. A família não recorre a outros recursos na família extensa, sendo que as relações entre estes são ineficazes. Os recursos externos a que recorreram em relação a P.S. prendem-se com a procura de cuidados a nível de saúde mental, não havendo relato de outras experiências significativas de procura de recursos externos.

Papeis Familiares

Interação de papéis

- Papel de Provedor- Os pais são a fonte de entrada de bens financeiros (reforma). Existe consenso familiar na figura dos pais como provedores mas também saturação do papel da parte dos mesmos, sendo que consideram que P.S. deve contribuir assim para a manutenção económica do lar.
- Papel de gestão financeira- Pai. Existe Consenso do papel.
- Papel de cuidados domésticos- Mãe. Existe Consenso do papel.
- Papel recreativo- Não existe iniciativa para a realização de atividades lúdicas, tempos livres e estimulação da família em participar em atividades recreativas conjuntas.
- Papel de Parente- Pais. Não estimulam a manutenção do contacto com a restante família e amigos, não permitindo a consolidação de laços familiares. Existe consenso do papel entre os pais mas também conflito do papel por parte de P.S, que gostaria de reatar laços familiares.

Crenças familiares- Não são evidentes crenças religiosas ou espirituais significativas

Valores- São direcionados às questões associadas ao exercício do poder, Afetam o comportamento através de normas, determinando o modo como a família se organiza para concretizar as suas finalidades, apenas sendo considerados os valores dos pais.

Culturais- Existe a crença dos pais de P.S. que enquanto membro do agregado deverá reger-se pelos valores e crenças dos mesmos. Por outro lado existe a crença que deve tirar o curso superior e trabalhar, enquanto pessoa adulta, contribuindo para a manutenção económica do lar.

Sobre a intervenção dos profissionais de saúde- Consideramos neste ponto as crenças da mãe sobre etiologia, diagnóstico e tratamento da doença de P.S., não considerando gravidade da mesma. Nem a contribuição do HD para a promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar. O pai valoriza a doença de P.S., tendo sido o próprio a procurar ajuda psicológica para ou ainda, e considera os profissionais de saúde importantes na dinâmica funcional da família, em relação a P.S.

Relação dinâmica

Influência do poder- os membros com maior poder são os pais. Não existe satisfação por parte de P.S. neste aspeto, que considera que deveria participar de igual modo nas decisões familiares e também ver considerados os seus desejos.

Alianças e uniões- A única triangulação relevante que a família neste momento faz é com os profissionais de saúde do HD, não havendo outro tipo de alianças/uniões.

Coesão e adaptabilidade da família (FACES II)

- Coesão- *Família ligada*
- Adaptabilidade- *Família estruturada*
- Tipo de família- *Meio-termo*

Funcionalidade da família- *Escala de Apgar familiar de Smilkstein* - a família classifica-se como: *família com moderada disfunção*.

2.3.4. Dimensão funcional (Instrumental)

Membro da família dependente- P.S apresenta compromisso do autocuidado nas seguintes atividades:

Atividade de lazer- Refere estar “isolado socialmente”, não fazendo qualquer atividade de lazer, exceto os passeios na praia, onde vai sozinho, e segundo o mesmo são fonte de prazer e descompressão.

Atividade Física- Apresenta-se ligeiramente lentificado, não sentido vontade em qualquer prática física

Autovigilância- Refere receio que voltem a “depressão e as vozes” (SIC), e não saber ao certo quando procurar ajuda

Papel do prestador de cuidados- Sendo os pais as pessoas de referência e principais cuidadores, os mesmos não apresentam conhecimento do papel para as atividades de vida acima descritas, sendo que não estimulam a independência nem reconhecem importância do estabelecimento de atividades de lazer e atividade física em relação a P.S, nem estabelecem um padrão eficaz de cuidados relativamente ao reconhecimento de sintomas de depressão/alucinações, em especial a mãe, que não reconhece eficazmente a situação mórbida de P.S.

3. PROCESSO DE ENFERMAGEM

Para Stuart & Laraia (2002), o Processo de Enfermagem decorre em quatro estádios de intervenção que se distinguem por um objetivo geral, um foco de avaliação, um programa de intervenção e um resultado geral esperado (ganho em saúde), que são específicos da disciplina de Enfermagem. Neste capítulo será desenhado um plano de cuidados onde estarão descritos: Diagnósticos de Enfermagem, utilizando a taxonomia CIPE 2.0 (2005); Intervenções de Enfermagem que respeitarão a taxonomia proposta pela NIC (Bulechek, Butcher & Dochterman, 2010) ; Resultados de enfermagem, utilizando a taxonomia A NOC 4th (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2010) os quais descrevem “os comportamentos ou percepções concretas de um indivíduo, família ou comunidade, que são medidas ao longo de um contínuo em resposta à (s) intervenção(ões) de enfermagem, (Maas & Swanson, 2010, p. 37).

3.1- PLANO DE CUIDADOS

Neste capítulo é apresentado o plano de cuidados construído de acordo com as necessidades detetadas, estruturado de acordo com as taxonomias CIPE, NIC e NOC, conforme representa a tabela 1.

Tabela 1- Plano de cuidados

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de resultados
Socialização Comprometida	<p>Aconselhamento</p> <p>Fortalecimento da socialização</p> <p>Encorajar a comunicação expressiva de emoções</p> <p>Disponibilizar presença</p> <p>Promover relações com os outros para companheirismo e serviços</p> <p>Modificação do comportamento: habilidades sociais</p>	<p>Adaptação psicossocial</p> <p>Relações sociais</p> <p>Interação social</p>
Dependência para o Auto cuidado: atividade física	<p>Planejar atividade física</p> <p>Relaxamento muscular progressivo</p> <p>Promoção do exercício</p> <p>Terapia com exercício: mobilidade articular</p> <p>Planejar atividades em grupo</p>	<p>Controle de sintomas</p> <p>Bem estar-físico</p> <p>Relaxamento muscular</p> <p>Nível de energia</p> <p>Afeto calmo e tranquilo</p>
Comportamento assertivo, ineficaz	<p>Assistir na identificação dos direitos pessoais, pensamentos, crenças e sentimentos</p>	<p>Comunicação de necessidades apropriadamente</p>

	Elogiar aspetos identificados	Comunicação de sentimentos apropriadamente
	Incentivar comportamentos coerentes com os aspetos identificados	Expectativas de resposta pelos outros
	Encorajar o desenvolvimento de novas relações	Aceitação de críticas construtivas
	Encorajar relações com pessoas que tenham interesses e metas comuns	Vontade de confrontar outros
	Encorajar atividades sociais e comunitárias	
	Encorajar a partilha de problemas comuns com outras pessoas Encorajar o envolvimento em interesses totalmente novos	
	Reforçar a aquisição de estratégias de <i>coping</i>	
Bem-estar espiritual comprometido	Avaliar o bem-estar espiritual	Fé
	Facilitação do crescimento espiritual	Esperança
	Escutar ativamente	Autoconceito
	Melhorar o autoconhecimento	Afeto calmo e tranquilo
	Executar entrevistas de relação terapêutica de ajuda	Expressões de otimismo
	Fortalecimento da autoestima	Fixação de metas
	Monitorizar autoestima	Sentido e finalidade da vida
	Promover auto-perceção positiva	Melhor conhecimento de si
		Maior confiança nas suas capacidades

		<p>Maior confiança nas suas competências</p> <p>Melhoria da autoestima</p> <p>Bem estar psicológico</p> <p>Satisfação espiritual</p> <p>Conexão com o eu interior</p>
<p>Conhecimento do papel / adaptação da família não eficaz</p>	<p>Informar sobre tarefas desenvolvimentais na nova etapa do ciclo vital</p> <p>Avaliar as dimensões não consensuais do papel</p> <p>Avaliar a saturação do papel</p> <p>Encorajar maior envolvimento em relações já estabelecidas</p> <p>Avaliar desempenho do papel</p>	<p>Adaptação psicossocial: Mudança de vida</p> <p>Expressão de sentimentos e emoções</p> <p>Desempenho do papel</p>

3.2. AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES CLÍNICAS

Neste subcapítulo estão expressas a avaliação de acordo com cada diagnóstico CIPE através do trabalho individual e de grupo realizado e da intervenção realizada através do HTP.

3.2.1. Avaliação do plano de cuidados

Tal como representado na tabela 2 foi efetuada a avaliação para cada diagnóstico CIPE levantados, tendo em conta as intervenções individuais e as de grupo, onde P.S. esteve presente e concomitantemente deram resposta às necessidades de conforto do grupo de que fazia parte P.S

Tabela 2- Avaliação do plano de cuidados

Diagnóstico CIPE	Avaliação
Socialização Comprometida	Após as intervenções implementadas, verificou-se uma maior facilidade, ao nível da socialização e expressão de sentimentos no grupo e equipa, demonstrando mais iniciativa para a interação durante as atividades e durante os intervalos entre as mesmas. Foi trabalhada a importância do desenvolvimento destas habilidades sociais no seio da família e exterior, de forma a melhorar a socialização fora do HD, no final do processo P.S. referiu sentiu essa facilidade junto da mãe, a nível da expressão de sentimentos e já não se isolava com frequência no quarto, permanecendo nos espaços sociais da casa. A relação com a ex-namorada manteve-se através de correio eletrónico e havia a expectativa de fazer novas amizades aquando o início do curso
Dependência para o Auto cuidado: atividade física	P.S participou com agrado nas intervenções promotoras do exercício físico, aumentando o seu bem-estar físico e espiritual e sentindo-se menos lentificado após. A nível do relaxamento, este foi possível, diminuindo a perceção subjetiva de ansiedade e aumentando a de relaxamento.

Comportamento assertivo, ineficaz	<p>Após as atividades que pretendiam estimular a assertividade, P.S. foi capaz de partilhar problemas comuns com o grupo, através da estimulação da capacidade de dizer não e de criticar sem se sentir culpado, sentir-se respeitado, fazer pedidos ou mudar de opinião ou seja, da expressão de sentimentos positivos, autoafirmação e expressão de sentimentos negativos.</p> <p>Demonstrou melhoria da passividade demonstrada principalmente na verbalização de sentimentos aos pais, afirmando que apesar de dificuldade mantida na assertividade com os mesmos, conseguia expressar melhor os seus pontos de vista, enfatizando a importância das atividades efetuadas.</p>
Bem-estar espiritual comprometido	<p>Após as atividades instituídas no sentido da recuperação da autoestima, P.S. referiu melhoria do bem-estar psicológico e autoconfiança, assim como do conhecimento de si próprio e uma maior capacidade reflexiva sobre o sentido da vida. Verbalizou sentir menos insegurança na interação com o outro e também em relação ao seu futuro.</p>
Conhecimento do papel / adaptação da família não eficaz	<p>Durante as interações individuais, P.S. demonstrou compreender o desempenho de papel não estava a ser eficaz e reconheceu a importância da harmonia familiar e de evoluir no sentido de uma interação mais eficaz com os pais. Considerou a importância do treino da assertividade, melhoria da autoestima e autoconhecimento como passos fundamentais para o desempenho de papel eficaz no seio da família, de forma a não se sentir tão impotente perante os pais.</p>

3.2.2. Avaliação da aplicação do HTP

Respeitando as diretrizes para este teste, foram fornecidos lápis (preto e de cores), uma borracha e três folhas de papel, uma para cada desenho. Foi pedido para que P.S. desenhasse primeiro a Casa, depois a Arvore, e por fim a Pessoa, levando-o “do autorretrato mais neutro - desenho da Casa -ao de maior implicação afetiva, que é o desenho da Pessoa” (Campos 2008). Foi pedido também que desenhasse o que desejasse, como desejasse sem qualquer outra indicação. P.S. preocupou-se com a sua falta habilidade-para o desenho e foi-lhe dito que tal não seria importante, apenas que desenhasse. Em relação ao tempo de latência inicial e entre cada desenho, não foi

significativo, pelo que efetuou prontamente os três desenhos (figuras 4, 5 e 6) com fluidez e sem hesitações, levando cerca de 5 minutos nesta tarefa, utilizando apenas lápis preto e sem recorrer ao uso da borracha.

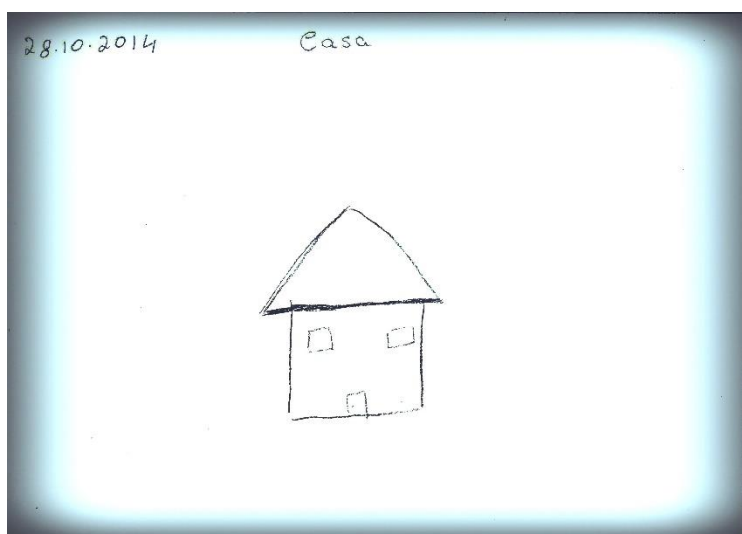


Figura 4 - Teste HTP- Casa

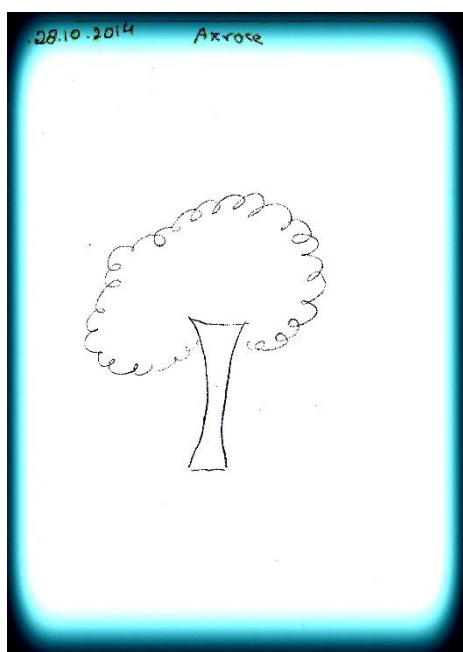


Figura 5 - Teste HTP- Árvore

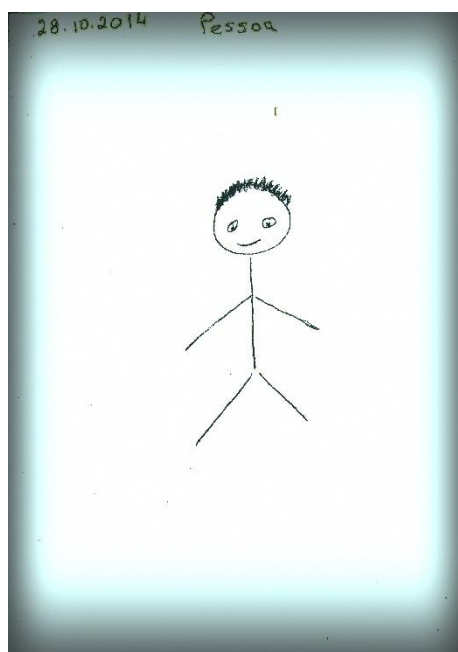


Figura 6- Teste HTP- Pessoa

Questionário- Conforme preconiza Campos (2008) para esta intervenção, foi aplicado um questionário, perante os desenhos, que apresentamos nas tabelas 3 e 4.

Tabela 3- Questionário- Desenho da casa

QUESTÕES	RESPOSTAS
É a sua casa?	Não
De quem é essa casa?	É um desenho
Essa casa possui escada?	Acho que sim
Gostaria de morar nela? Porquê?	Não, é só um desenho
Que quarto escolheria para si? Por quê?	Gosto do meu
Com quem gostaria de morar nessa casa?	Talvez sozinho
O que mais faz falta nessa casa	Tudo (sorrisos)

Tabela 4- Questionário- Desenho da árvore

QUESTÕES	RESPOSTAS
Que árvore desenhou?	É uma árvore imaginada
Onde poderia estar situada?	Em qualquer sítio
Quem a plantou? Porquê?	O jardineiro, para dar vida à rua
Esta árvore está sozinha ou no meio de outras?	Esta é só uma
Gostaria de estar no meio de outras árvores?	É bom no verão
Que impressão lhe causa: parece uma árvore viva ou morta? Porquê?	Viva, porque está de pé
Quanto tempo falta para ela morrer?	Quando se romper o papel
Diria que esta árvore é do sexo masculino ou feminino?	Uma árvore é feminino
Agora, olhando o seu desenho que lhe sugere?	Nada de especial

Ao terminar os dois questionários anteriores P.S. referiu sentir-se desmotivado pois as perguntas não faziam sentido, pelo que as questões relativas ao desenho da Pessoa não foram colocadas.

Interpretação de alguns aspetos gerais do desenho

Localização no Papel- No meio da página - Indica pessoa ajustada.

Caraterísticas do traço- Leve/normal - Indica equilíbrio emocional e mental.

Simetria bilateral (na casa e pessoa) - Pode indicar depressão.

Falta de detalhes adequados - Sentimento de vazio e energia reduzida, característica de indivíduos que utilizam defesas pelo retraimento e, às vezes, depressão.

Tensão cinestésica- as figuras não transmitem movimento, o que pode indicar repressão, inibição, repressão aos estímulos interiores.

Relação entre o tamanho do desenho e o espaço disponível na folha- Desenhos pequenos em relação à folha. O mesmo pode estabelecer um paralelo com a relação dinâmica entre a pessoa e o seu ambiente, ou as figuras parentais.

Tamanho- sugere a forma pela qual o sujeito reage à pressão ambiental. O tamanho das figuras desenhadas inserem-se no tamanho normal preconizado no HTP, o que pode indicar Inteligência, capacidade de abstração espacial e equilíbrio emocional.

Interpretação do desenho da casa

Ênfase no telhado- Pode indicar introversão.

Porta muito pequena, em relação à casa, em geral- Reflete uma relutância em estabelecer contacto com o ambiente, com retraimento na interação pessoal. Timidez e receio nas relações.

2.3.4. Interpretação do desenho da árvore

Contacto- O contacto firme, ou não, com o solo é da maior importância para o diagnóstico. Um desenho que paira, indica maior grau de probabilidade de sintomatologia psicótica e afastamento da realidade.

Tronco solto sem raiz ou longe da linha de terra – pode significar falta de apoio, pouca firmeza e insegurança.

Copa encaracolada- Contém um movimento curvado, resultando em formas arredondadas. Indica mobilidade, inquietação, fadiga, falta de perseverança

Copa aumentada para o lado esquerdo – Pode significar introversão, falta de desejo de progredir, ligação ao passado, fixação materna, timidez.

Interpretação do desenho da pessoa

Figura de frente - Significa aceitação de seu próprio sexo. Resolução da fase edipiana.

Figura de pé - Significa força, energia, adaptação.

Início do desenho pela cabeça- é o mais comum e indica a aceitação do desenvolvimento humano. Normalmente é dada ênfase no desenho da cabeça, onde se focaliza a maior parte do autoconceito.

Cabeça grande, em relação ao tamanho do corpo – Pode significar introspecção.

Boca com um traço só- Pode indicar introversão ou rejeição do ambiente

Braços finos- Pode indicar de introversão. Pouca reação aos impulsos interiores, debilidade física ou psíquica.

Mãos (ausência) - Pode indicar falta de confiança nos contactos sociais, na produtividade, ou em ambos.

Pés- Indicam a segurança geral do indivíduo, em caminhar no meio ambiente, que neste caso, tal como as mãos, são inexistentes.

Análise global da intervenção

Após exploração possível dos desenhos com inspiração no HTP, concluímos que os mesmos apesar de possuírem poucos pormenores e da aplicação deficiente do questionário, existem características que vão de encontro à personalidade de P.S. já descrita nos pontos anteriores.

Por um lado, existem características que apontam para o equilíbrio emocional, embora sejam pouco comuns. Por outro lado, destacam-se características que podem significar depressão clínica, inerente a P.S. A introversão, retraimento social e insegurança nos contactos sociais já descritos anteriormente estão bem patentes e vão de encontro ao principal foco de Enfermagem (Socialização). Pode também estabelecer-se um paralelo com a relação com os pais, marcada pela falta de confiança e de apoio, centrada em recordações da infância (ligação ao passado) e sentimentos de repressão. Estes factos foram verbalizados pelo próprio, que demonstra insight para as situações acima descritas.

4. DISCUSSÃO

O presente caso pretendeu demonstrar o âmbito da intervenção de EESMP, em que aspirámos dar resposta aos problemas detetados, desenvolvendo competências clínicas especializadas, bem como mostrar os ganhos em saúde decorrentes desta prática.

Ficou patente, a importância de um adequado levantamento das estruturas de apoio do utente e da família, bem como a necessidade de pautar a prática de enfermagem pelo rigor e apoio num modelo teórico, da metodologia científica e no processo de enfermagem. Apenas com uma colheita e análise bem estruturada foi possível planear uma intervenção eficaz e coerente.

Consideramos que a intervenção obedeceu a um enquadramento conceptual de enfermagem avançado, ao diagnóstico não só no indivíduo mas também, a intervenção familiar e na comunidade. Quanto à intervenção no domínio relacional, destacaram-se o aconselhamento, a gestão positiva de sentimentos, o *empowerment* e a educação do utente e as intervenções de cariz psicoterapêutico em grupo.

As entrevistas foram momentos cruciais do desenvolvimento da relação terapêutica com o cliente, de onde destacamos fatores como a postura empática, o tom de voz calmo e pausado e a postura, os momentos de silêncio e o respeito pelos limites do cliente.

Através da relação estabelecida, foi possível a expressão de dificuldades e sentimentos foi possível estruturar todo o plano de cuidados, intervir com eficácia alcançando alguns indicadores de saúde estabelecidos para cada diagnóstico.

Seria necessário mais tempo e mais envolvimento com a família para aprofundar as intervenções. O trabalho incidiu essencialmente no utente, tendo sido pouco o contacto com restante família. Pensamos que com o tempo, poderia ter avaliado melhor o que foi desperto em P.S. e nas suas motivações de busca de comportamentos de promotores de saúde, especialmente no que diz respeito à sua relação com a família e no desempenho do seu papel e à socialização em geral.

Fica patente no entanto o início de algo a dar continuidade pela equipa de saúde na abordagem do utente na reabilitação social, com a manutenção das competências sociais e prevenção da recaída. Como nos diz Phaneuf (1995) “... ajudar não significa oferecer à pessoa soluções prontas mas orientá-la e facilitar-lhe a descoberta dos seus recursos e assisti-la na sua evolução ou no seu progresso através das diferentes fases do processo de resolução de problemas”.

A nível pessoal, foi possível o crescimento e a reflexão crítica, a aquisição de competências relacionais, comunicacionais e terapêuticas, intervindo como EESMP e utilizando metodologia científica.

O retrato aqui deixado, espera-se, é o de uma intervenção holística assente numa relação terapêutica, tendo por base a otimização dos mecanismos adaptativos da pessoa e sua família e o seu envolvimento no plano de cuidados.

5. CONCLUSÃO

O estudo de caso aqui concluído estabeleceu um momento de partilha de experiências face a situações decorrentes da prática profissional. Ao longo das diferentes partes deste documento, pensa-se ter tratado esta temática de uma forma sequencial e lógica, fornecendo um bom suporte para o trabalho. A metodologia usada foi a inicialmente prevista, tendo sido adequada relativamente às finalidades propostas.

No essencial, as finalidades pretendidas com este documento foram conseguidas, o que permitiu interiorizar as competências especializadas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria e utilizar metodologia de investigação, indo assim de encontro. Esperamos desenvolver competências comuns e específicas preconizadas pela O.E. e as competências de EESMP preconizadas no Plano de Estudo da ESEL.

Fica patente que os profissionais de saúde devem ter uma orientação antecipatória, conhecer cada cliente, despende de tempo, reconhecer a unicidade de cada um. O reconhecimento das relações interpessoais como um processo facilitador da compreensão do outro e das problemáticas vividas que podem estar na base da ausência de bem-estar é fundamental para melhorarmos os cuidados prestados.

A utilização de intervenções psicoterapêuticas tendo por base as relações interpessoais parecem-nos fundamentais para a melhor compreensão do outro, e para a tomada de decisões e intervenções mais acertadas face aos problemas. O processo de viver e adoecer só é compreensível por meio da percepção e reflexão sobre as relações e interações estabelecidas. Se a Enfermagem procura compreender as respostas humanas e desenvolver intervenções eficazes, só o pode fazer por meio desta intersecção entre relação, vivência, percepção, sentimento e ação.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, P. (2007) – *Depressão: Muitas Perguntas, Algumas Respostas*. (2ª Edição), Lisboa: Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares.
- Agostinho, M. (2007). *Ecomapa*. Rev Port Clin Geral , 23 , pp. 327-30.
- Amaro, F. (2001). *A Classificação das Famílias segundo a Escala de Graffar*. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Apóstolo, J. (2010). O Conforto pelas Imagens Mentais na depressão ansiedade e stresse. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra e ESEC. ISBN/ISSN 978- 989-26-0036-9
- Apóstolo, J. *et al* (2011). Perturbações afectivo-emocionais em contexto de cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 67-74.
- Ballone, G. J. (2002). *Depressão no idoso*. Acedido a 11 de Maio de 2015. Disponível em: www.psiqweb.med.br/geriat.
- Bandeira, D. R., Costa, A., Arteché, A. (2008). Estudo de validade do DFH como medida de desenvolvimento cognitivo infantil. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 21(2), 332-337.
- Borsa, J. C. (2010). Considerações sobre o uso do Teste da Casa Árvore - Pessoa HTP. *Avaliação Psicológica*, 9(1), 151-154.
- Buck, J. N. (2003). H-T-P: Casa – Árvore – Pessoa. *Técnica Projetiva de Desenho: Manual e Guia de Interpretação*. (1ª ed.). São Paulo: Vetor.
- Bulechek, G.; Butcher, H.; Dochterman, J. (2010). *NIC: Classificação das intervenções de enfermagem*. Tradução da 5ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier

Caeiro, R. (1991). *Registos Clínicos em Medicina Familiar*. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul.

Caldas de Almeida, J., Xavier, M. (Coord.) (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Camon, V. (2001). Depressão como um processo vital. *Depressão e psicossomática*, 1-44. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Campos, Dinah Martins S. *O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade* (40ª Ed.). RJ, Vozes, 2008

CHALIFOUR, J. – *A Intervenção Terapêutica – Volume 1 : Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures:Lusodidacta. 2008. ISBN 978-989-8075-05-5

CHALIFOUR, J. – *A Intervenção Terapêutica – Volume 2 : Estratégias de Intervenção*. Loures: Lusodidacta. 2009. ISBN 978-989-8075-21-5 .

CIPE – *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. International Council of Nurses. Lisboa, 1998.

Coimbra-Matos A. (1986). Depressão: Estrutura e funcionamento. *Revista Portuguesa*

Coimbra-Matos A. (1986). O primeiro amor. *Psicologia*, 1, 39-43.

Coutinho *et al* (2008). Representações sociais da depressão em jovens universitários com e sem sintomas para desenvolver a depressão. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(3), 492-498. Acedido em 10 de Maio de 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722008000300018&lng=en&lng=pt. 10.1590/S0102-79722008000300018.

Crowe Marie, Luty Sue (2005) - *Interpersonal psychotherapy: An effective psychotherapeutic intervention for mental health nursing practice* - International Journal of Mental Health Nursing 14, 126–133

Doenges, M.; Moorhouse M. (2010). *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: um texto interactivo para o raciocínio diagnóstico*. Loures: Lusociência.

Figueiredo, M. (2003). *Representação social da doença e do seu efeito nas práticas familiares*. Porto: Tese de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.

Figueiredo, M. (2006). Sistema Familiar e Cuidados de Enfermagem. *Servir*, 54, nº 1. 11-14.

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*, Lisboa: Lusociência. ISBN 978-972-8930-83-7

Figueiredo, P. (2005). A influência do locus de controle conjugal, das habilidades sociais conjugais e da comunicação conjugal na satisfação com o casamento. *Ciências & Cognição*, Ano 02, Vol.06: Disponível em: www.cienciasecognicao.org

Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar . Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.-: <http://www.esenf.pt/pt/i-d/projetos-internacionais/mdaif/#sthash.eCh7ZVKU.dpuf>

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação : Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Galdeano, L. et al. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.11, n. 3, p. 371-375, maio/jun. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548.pdf>. Acedido a 16-10-2014

Gusmão, *et al* (2005). O Peso das Perturbações Depressivas: aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 18, 129-146.

Lourenço, M. (1998). *Textos e contextos da gravidez na adolescência. a adolescente, a família e a escola*. Lisboa: Fim de Século Edições LDA.

Marau, J. (2007). O Desenho Infantil e o Círculo Familiar de Thrower em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral* , 23, pp. 319-25

Martins do Rio, C. (2008). *Depressão Unipolar e Depressão Bipolar: um espectro da doença depressiva?*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado. Porto.

Martins, C., Fonseca, I., & Costa, P. (2000). Uma avó e dois netos adolescentes: um "agregado" de problemas. *Rev Port Clin Geral* , 16 , pp. 313-28.

Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M.; Swanson, E. (2010). *NOC: Classificação dos resultados de enfermagem*. Tradução da 4ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier.

Morrison, J. (2010). *Entrevista inicial em saúde mental*. 3ªed. Porto Alegre: Artmed.

Oliveira, D . *et al* (2001). Futuro e liberdade: O trabalho e a instituição escolar nas representações sociais de adolescentes. *Estudos de Psicologia*, 6(2), 245-258. Acedido as 10 de Maio de 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v6n2/7278.pdf>

OMS. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. (2007) Revisão nº 10, Disponível em :<http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Proposta de Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Phaneuf, M. (1995). *Relação de ajuda: Elemento de competência da enfermeira*. Coimbra: Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação entrevista e relação de ajuda*. Loures: Lusociência.

Ponte, J. P. (2006). *Estudos de caso em educação matemática*. Bolema, 25, 105-132. Acedido em 12 de Novembro 2014. Disponível em <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docspt/06Ponte%20%28Estudo%20caso%29.pdf>

Queirós, Ana A. - *Empatia e respeito: dimensões centrais na relação de ajuda*. Coimbra: Quarteto, 1999. ISBN: 932-8535-03-01.

Rebelo, L. (2007) Genograma familiar: o bisturi do médico de família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, p. 309-17

Rempel, G., Neufeld, A., & Eastlick, K. (2007). Interactive Use of Genograms and Ecomaps in Family Caregiving Research . *Journal of Family Nursing* , 13 , pp. 403 - 419.

Ribeiro, K .et al (2007). Representações sociais da depressão no contexto escolar. *Paidéia*, 17(38), 417-430. Acedido a 10 de Maio de 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n38/v17n38a11.pdf>

Sá, E. (2009). *Esboço Para Uma Nova Psicanálise*. Almedina: Coimbra

Simpionato, E., Correia, C., & Rocha, S. (2005). Histórico familiar de crianças com Insuficiência Renal Crônica: coleta de dados. *Rev Bras Enferm* , 58(6)

Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *Journal of Family Practice* , 15 , pp. 303-311.

Sougey, E. B., Azevedo, A. P. & Taveira, A. C. A. (2001). Depressão na prática clínica. Em N. Figueira et al. In *Condutas em Clínica Médica*. 2. ed. São Paulo: Medsi editora.

Stuart, G.; Laraia (2002). *Enfermagem psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.

Vala, J. (2000). Representações sociais e psicologia social do conhecimento. In J. Vala & M. B. Monteiro (Orgs.), *Psicologia Social* (4a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Wright, L., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca

ANEXOS

ANEXO I- MDAIF



Universidade do Porto

Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar// Doutoramento em Ciências de Enfermagem
"Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar" – Maria Henriqueta Figueiredo

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

Maria Henriqueta Figueiredo

Avaliação Familiar

DIMENSÃO ESTRUTURAL

Genograma
Ecomapa

➤ Composição Familiar (Inclui ordem de nascimentos e sub-sistemas)

⓪ Tipo de Família

- Casal ☐
- Família nuclear ☐
- Família reconstruída ☐
- Família monoparental
 - Monoparental liderada pelo homem ☐
 - Monoparental liderada pela mulher ☐
- Coabitação ☐
- Família institucional ☐
- Comuna ☐
- Unipessoal ☐
- Alargada ☐

⓪ Família extensa – Tipo de contacto

- Pessoal ☐
- Telefónico ☐
- Carta/e-mail ☐
- Outro ☐

⓪ Família extensa – Intensidade de contacto

- Diário ☐
- Semanal ☐
- Quinzenal ☐
- Mensal ☐
- Outro ☐

Especificar _____

⓪ Família extensa – Função das relações

- Companhia social ☐
- Apoio emocional ☐
- Guia cognitivo e conselhos ☐
- Regulação social ☐
- Ajuda material e de serviço ☐
- Acesso a novos contactos ☐

⓪ Sistemas mais Amplos

- Trabalho
- Instituições de Ensino – Escola
- Instituições de Saúde
- Instituições Religiosas
- IPSS

Vínculo Forte
Vínculo Forte: Especificar elemento
Vínculo Intermédio
Vínculo Intermédio: Especificar elemento
Vínculo Fraco
Vínculo Fraco: Especificar elemento
Gerador de Stress
Gerador de Stress: Especificar elemento

- ⇒ Actividades de Lazer e Cultura
- ⇒ Amigos
- ⇒ Outros Sub-sistemas

⇒ Classe Social (Escala de Graffar adaptada)

⇒ Edifício residencial

☐ Barreiras arquitectónicas SIM ☐ NÃO ☐

Se SIM, quais: _____

☐ Aquecimento SIM ☐ NÃO ☐

☐ Tipo de aquecimento

- Central ☐
- Aquecedor a gás ☐
- Aquecedor eléctrico ☐
- Lareira ☐
- Cobertor eléctrico ☐

☐ Abastecimento de gás SIM ☐ NÃO ☐

☐ Tipo de abastecimento de gás

- Gás canalizado ☐
- Gás de botija ☐

☐ Higiene da habitação SIM ☐ NÃO ☐

⇒ Sistema de abastecimento

☐ Abastecimento de água

- Não tem ☐
- Rede pública ☐
- Rede privada (furo/ poço) ☐
- Rede mista ☐

☐ Utilização da água da rede privada para consumo humano SIM ☐ NÃO ☐

▪ Controle da qualidade da água SIM ☐ NÃO ☐

☐ Serviço de tratamento de resíduos

- Rede pública ☐
- Fossa séptica ☐
- Não tem ☐

⇒ Ambiente Biológico

☐ Animal doméstico SIM ☐ NÃO ☐

▪ Se sim qual ou quais: _____

▪ Vacinação SIM ☐ NÃO ☐

▪ Desparasitação SIM ☐ NÃO ☐

▪ Observações (higiene do animal; higiene do local circundante; se está ou não dentro da habitação; etc.)

DIMENSÃO DESENVOLVIMENTAL

❶ Etapa do Ciclo Vital Familiar

1. Formação do casal ☐
2. Família com filhos pequenos ☐
3. Família com filhos na escola ☐
4. Família com filhos adolescentes ☐
5. Família com filhos adultos ☐

Tarefas de desenvolvimento

Satisfação Conjugal

❶ Relação Dinâmica

- Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas

Identificação do cônjuge

SIM ☐ NÃO ☐
SIM ☐ NÃO ☐

Se Não especificar _____

- Satisfação do casal com o tempo que estão juntos

Identificação do cônjuge

SIM ☐ NÃO ☐
SIM ☐ NÃO ☐

Se Não especificar _____

- Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos

Identificação do cônjuge

SIM ☐ NÃO ☐
SIM ☐ NÃO ☐

Se Não especificar _____

❷ Comunicação

- O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um SIM ☐ NÃO ☐
- O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião SIM ☐
- Satisfação com o padrão de comunicação do casal NÃO ☐

Identificação do cônjuge

SIM ☐ NÃO ☐
SIM ☐ NÃO ☐

Se Não especificar _____

❸ Interação Sexual

- Satisfação do casal com o padrão de sexualidade

Identificação do cônjuge

SIM ☐ NÃO ☐
SIM ☐ NÃO ☐

Se Não especificar _____

- Conhecimento do casal sobre sexualidade SIM ☐ NÃO ☐

Identificação do cônjuge

SIM ☐ NÃO ☐
SIM ☐ NÃO ☐

Função Sexual

Disfunções sexuais

		Identificação do cônjuge
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	

Tipo de disfunção

- Perturbação do desejo sexual ☐ especificar _____
- Disfunção erétil ☐
- Disfunção da ejaculação ☐ especificar _____
- Perturbações do orgasmo ☐
- Dispareunia ☐
- Vaginismo ☐

- Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais SIM ☐ NÃO ☐

Planeamento Familiar

Fertilidade

- O casal planeia ter filhos/ mais filhos SIM ☐ NÃO ☐
- Se SIM quando _____
- Alterações na fertilidade do casal SIM ☐ NÃO ☐
- Se SIM, especificar _____
- Conhecimento do casal sobre métodos de fertilização artificial SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade SIM ☐ NÃO ☐

Conhecimento do casal sobre vigilância pré-concepcional

- Conhecimento do casal sobre consulta pré-concepcional SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez SIM ☐ NÃO ☐

Uso de Contraceptivo

SIM ☐ NÃO ☐

Método

- Anticoncepcional oral ☐
- Anticoncepcional injectável ☐
- Anel vaginal ☐
- Implante intra dérmico ☐
- Adesivo transdérmico ☐
- Cirúrgico ☐
- Espemicidas ☐
- Preservativo ☐
- Naturais ☐

- Interrupção do uso de contraceptivo SIM ☐ NÃO ☐

Quando: _____

Motivo

- Indicação clínica ☐
- Planeamento de gravidez ☐
- Gravidez ☐
- Outro ☐

- Satisfação com o contraceptivo adoptado SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre contracepção de emergência SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre uso de contraceptivo SIM ☐ NÃO ☐

● Conhecimento sobre Reprodução

- Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino
SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino
SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre fecundação e gravidez SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes
SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre desvantagens de gravidez não desejada SIM ☐ NÃO ☐

Adaptação à gravidez

● Conhecimento

- Conhecimento do casal sobre direitos sociais na gravidez SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade
SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre etapas de adaptação á gravidez SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre alterações fisiológicas na gravidez SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre nova etapa do ciclo vital SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde na gravidez SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre curso de preparação para o parto SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre desenvolvimento fetal SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre processo psicológico associado ao puerpério
SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde do recém-nascido SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre enxoval da mãe e do bebé SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre prevenção de acidentes do recém-nascido
SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre alimentação do recém-nascido SIM ☐ NÃO ☐

● Comunicação

- O casal partilha receios e expectativas associadas à gravidez SIM ☐ NÃO ☐
- O casal partilha receios e expectativas associadas à parentalidade
SIM ☐ NÃO ☐
- Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais
SIM ☐ NÃO ☐

● Comportamentos de adesão

- A grávida/ casal é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia

SIM ☐ NÃO ☐

▪ O casal está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto SIM ☐
NÃO ☐

▪ O casal está a preparar/ preparou o enxoval da mãe e do bebé SIM ☐
NÃO ☐

Papel Parental

Família com filhos pequenos (de recém-nascido à infância escolar)

📌 Conhecimento do papel (recém-nascido)

Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento artificial	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre posicionamento do r.n	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do r.n	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao r.n	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais vigilância de saúde	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

📌 Conhecimento do papel (de recém-nascido à infância escolar)

Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		
Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidades dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre actividades de lazer adequadas à criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre socialização	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		
Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

📌 Comportamentos de adesão

Os pais proporcionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança

SIM ☐ NÃO ☐

Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança SIM ☐ NÃO ☐

Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança SIM ☐ NÃO ☐

Os pais promovem uma higiene adequada à criança SIM ☐ NÃO ☐

Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado á criança	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem a socialização da criança	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais definem regras entre os sub-sistemas	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais interagem positivamente com a criança	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

☒ **Consenso do Papel** SIM ☐ NÃO ☐
 Se NÃO, especificar _____

☒ **Conflitos de papel** SIM ☐ NÃO ☐
 Se SIM, especificar _____

☒ **Saturação do papel** SIM ☐ NÃO ☐
 Se SIM, especificar _____

Família com filhos na escola (da infância escolar ao início da adolescência)

☒ **Conhecimento do papel**

Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre higiene oral	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre actividades de lazer adequadas à criança	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre socialização	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

☒ **Adaptação da família à escola**

Reorganização funcional para adaptação aos novos horários	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Criação de espaço para a criança estudar	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Participação dos pais nas actividades de estudo da criança	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Participação dos pais nas reuniões e actividades escolares	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Promoção da socialização/autonomia da criança	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

☒ **Comportamentos de adesão**

Os pais propiciam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem uma higiene adequada à criança	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado á criança	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem a socialização da criança	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais definem regras entre os sub-sistemas	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais interagem positivamente com a criança	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

☒ **Consenso do Papel** SIM ☐ NÃO ☐
 Se NÃO, especificar _____

☒ **Conflitos de papel** SIM ☐ NÃO ☐

Se SIM, especificar _____

☒ Saturação do papel SIM ☐ NÃO ☐

Se SIM, especificar _____

Família com filhos adolescentes (da adolescência até ao início da idade adulta)

☒ Conhecimento do papel

Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre actividades de lazer adequadas ao adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre actividades de exercício adequado ao adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

☒ Comportamentos de adesão

Os pais proporcionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente

SIM ☐ NÃO ☐

Os pais promovem a ingestão nutricional adequada ao adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado ao adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem a socialização/autonomia do adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais definem regras entre os sub-sistemas	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem a interacção com o grupo de amigos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
A família respeita a privacidade do adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais discutem com o adolescente o seu projecto de vida	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
O adolescente partilha dúvidas e experiências com os pais e pede opinião	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
A família aceita o padrão de comportamento social do adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional do adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais interagem positivamente com o adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

☒ Consenso do Papel SIM ☐ NÃO ☐

Se NÃO, especificar _____

☒ Conflitos de papel SIM ☐ NÃO ☐

Se SIM, especificar _____

☒ Saturação do papel SIM ☐ NÃO ☐

Se SIM, especificar _____

Família com filhos adultos

☒ Conhecimento do papel

Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

☒ Comportamentos de adesão

Redefinição das relações com o(s) filho(s) – relações adulto-adulto	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Satisfação com o contacto mantido com o filho	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

☒ Consenso do Papel SIM ☐ NÃO ☐

Se NÃO, especificar _____

U Conflitos de papel ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Se SIM, especificar _____

U Saturação do papel ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Se SIM, especificar _____

DIMENSÃO FUNCIONAL - INSTRUMENTAL

U Membro da família dependente ☐ SIM ☐ NÃO ☐

U Dependência em:

- Autocuidado Higiene ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Prestador de cuidados ☐ Membro da família ☐ Se SIM quem: ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Membro da família extensa ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Vizinho ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Ajudante de saúde ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Outro ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Especificar _____
- Autocuidado Vestuário ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Prestador de cuidados ☐ Membro da família ☐ Se SIM quem: ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Membro da família extensa ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Vizinho ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Ajudante de saúde ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Outro ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Especificar _____
- Autocuidado Comer ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Prestador de cuidados ☐ Membro da família ☐ Se SIM quem: ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Membro da família extensa ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Vizinho ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Ajudante de saúde ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Outro ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Especificar _____
- Autocuidado Beber ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Prestador de cuidados ☐ Membro da família ☐ Se SIM quem: ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Membro da família extensa ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Vizinho ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Ajudante de saúde ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Outro ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Especificar _____
- Autocuidado Ir ao sanitário ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Prestador de cuidados ☐ Membro da família ☐ Se SIM quem: ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Membro da família extensa ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Vizinho ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Ajudante de saúde ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Outro ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Especificar _____

- Autocuidado Comportamento sono-reposo SIM ☐ NÃO ☐
 Prestador de cuidados Membro da família SIM ☐ NÃO ☐
 Se SIM quem: _____
 Membro da família extensa SIM ☐ NÃO ☐
 Vizinho SIM ☐ NÃO ☐
 Ajudante de saúde SIM ☐ NÃO ☐
 Outro SIM ☐ NÃO ☐
 Especificar _____
- Autocuidado Actividade de lazer SIM ☐ NÃO ☐
 Prestador de cuidados Membro da família SIM ☐ NÃO ☐
 Se SIM quem: _____
 Membro da família extensa SIM ☐ NÃO ☐
 Vizinho SIM ☐ NÃO ☐
 Ajudante de saúde SIM ☐ NÃO ☐
 Outro SIM ☐ NÃO ☐
 Especificar _____
- Autocuidado Actividade Física SIM ☐ NÃO ☐
 Prestador de cuidados Membro da família SIM ☐ NÃO ☐
 Se SIM quem: _____
 Membro da família extensa SIM ☐ NÃO ☐
 Vizinho SIM ☐ NÃO ☐
 Ajudante de saúde SIM ☐ NÃO ☐
 Outro SIM ☐ NÃO ☐
 Especificar _____
- Gestão do regime terapêutico SIM ☐ NÃO ☐
 Prestador de cuidados Membro da família SIM ☐ NÃO ☐
 Se SIM quem: _____
 Membro da família extensa SIM ☐ NÃO ☐
 Vizinho SIM ☐ NÃO ☐
 Ajudante de saúde SIM ☐ NÃO ☐
 Outro SIM ☐ NÃO ☐
 Especificar _____
- Autovigilância SIM ☐ NÃO ☐
 Prestador de cuidados Membro da família SIM ☐ NÃO ☐
 Se SIM quem: _____
 Membro da família extensa SIM ☐ NÃO ☐
 Vizinho SIM ☐ NÃO ☐
 Ajudante de saúde SIM ☐ NÃO ☐
 Outro SIM ☐ NÃO ☐
 Especificar _____
- Auto-Administração de medicamentos SIM ☐ NÃO ☐
 Prestador de cuidados Membro da família SIM ☐ NÃO ☐
 Se SIM quem: _____
 Membro da família extensa SIM ☐ NÃO ☐
 Vizinho SIM ☐ NÃO ☐
 Ajudante de saúde SIM ☐ NÃO ☐
 Outro SIM ☐ NÃO ☐
 Especificar _____
- Se o prestador de cuidados não for membro da família:

Ilustrado SIM ☐ NÃO ☐
 Profissão _____
 Contacto _____

Papel de Prestador de cuidados

☞ Conhecimento do papel

1. Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência*
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de banho*
 - Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de banho*
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes*
 - Aprendizagem de habilidade do prestador de cuidados sobre técnica de lavagem dos dentes*
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário*
 - Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário*
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes*
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, excovar)*
 - Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo*
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia*
 - Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia*
2. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Vestuário
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência*
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima*
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para vestir*
 - Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para vestir*
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para despir*
 - Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para despir*
3. Conhecimento do prestador/Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre Autocuidado Comer
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência*
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado*
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos*
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação (oral, SNG)*
 - Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação*
4. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência*
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado*
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos*
 - Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos*
5. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência*
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos*
 - Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos*
6. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamento sono -repouso
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência*
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador*
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso*
7. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Actividade recreativa
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência*
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter actividades de lazer*
8. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Actividade física
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência*
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado*
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)*
 - Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)*
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos*
 - Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos*
9. Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico
 - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência*

- Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença*
Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações
Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso
 10. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência
Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia/ hiperglicemia
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial
 11. Conhecimento do prestador de cuidados /Aprendizagem de Habilidades sobre Auto-Administração de medicamentos
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência
Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos
Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos
Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos

☛ Comportamentos de adesão

- O Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente
 O Prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente
 O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente
 O Prestador de cuidados promove Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente
 A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro dependente
 O Prestador de cuidados promove Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente
 S/N
 O Prestador de cuidados promove actividades recreativas adequadas ao membro da família dependente
 O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente
 O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância

☛ Consenso do Papel SIM ☐ NÃO ☐
 Se NÃO, especificar _____

☛ Conflitos de papel SIM ☐ NÃO ☐
 Se SIM, especificar _____

☛ Saturação do papel SIM ☐ NÃO ☐
 Se SIM, especificar _____

DIMENSÃO FUNCIONAL - EXPRESSIVA

☛ Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

☛ Comunicação Familiar

☛ Comunicação Emocional

- Quem na família expressa mais os sentimentos _____
- Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos da S/N
 Se NÃO, especificar _____
- Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros S/N
 Se NÃO, especificar _____

- Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família Favorável/Não Favorável
Se NÃO Favorável, especificar _____

○ Comunicação Verbal/ Não verbal

- Todos na família são claros e directos no discurso, ou seja, se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem. S/N
Se NÃO, especificar _____
- Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros S/N
Se NÃO, especificar _____

○ Comunicação Circular

- Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família S/N
Se NÃO, especificar _____
- Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa Favorável/Não Favorável
Se NÃO FAVORÁVEL, especificar _____

○ Coping Familiar

○ Solução de Problemas

- Quem na família habitualmente identifica os problemas _____
- Quem tem a iniciativa para os resolver _____
- Existe discussão sobre os problemas na família S/N
- Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas S/N
Se NÃO, especificar _____
- A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas S/N
- Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas S/N
Se NÃO, especificar _____

○ Papéis Familiares

○ Interação de Papéis

- Papel provedor
Quem desempenha _____
Consenso do Papel ☐ SIM ☐ NÃO
Se NÃO, especificar _____
Conflitos de papel ☐ SIM ☐ NÃO
Se SIM, especificar _____
Saturação do papel ☐ SIM ☐ NÃO
Se SIM, especificar _____
- Papel gestão financeira
Quem desempenha _____
Consenso do Papel ☐ SIM ☐ NÃO
Se NÃO, especificar _____
Conflitos de papel ☐ SIM ☐ NÃO
Se SIM, especificar _____
Saturação do papel ☐ SIM ☐ NÃO
Se SIM, especificar _____
- Papel Cuidado Doméstico
Quem desempenha _____
Consenso do Papel ☐ SIM ☐ NÃO
Se NÃO, especificar _____
Conflitos de papel ☐ SIM ☐ NÃO
Se SIM, especificar _____
Saturação do papel ☐ SIM ☐ NÃO
Se SIM, especificar _____
- Papel Recreativo
Quem desempenha _____
Consenso do Papel ☐ SIM ☐ NÃO
Se NÃO, especificar _____
Conflitos de papel ☐ SIM ☐ NÃO

- Se SIM especificar _____
- Saturação do papel SIM ☐ NÃO ☐
- Se SIM, especificar _____
- Papel de Parente _____
- Quem desempenha _____
- Consenso do Papel SIM ☐ NÃO ☐
- Se NÃO, especificar _____
- Conflitos de papel SIM ☐ NÃO ☐
- Se SIM especificar _____
- Saturação do papel SIM ☐ NÃO ☐
- Se SIM, especificar _____

🕒 Crenças

- 🕒 Crenças familiares
- religiosas _____
 - espirituais _____
 - valores _____
 - culturais _____
 - Crenças da família sobre a intervenção dos profissionais de saúde

🕒 Relação Dinâmica

🕒 Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

🕒 Influência e Poder

- Membro com maior poder na família _____
 - Satisfação da família relativamente à influência de cada membro na nos comportamentos dos outros S/N
- Se NÃO, especificar _____

🕒 Alianças e Uniões

- Existem na família alianças entre alguns dos seus membros S/N
- Se SIM especificar (quem e que tipo de alianças) _____
- Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união S/N
- Se NÃO, especificar _____

🕒 Coesão e Adaptabilidade da Família (FACES II)

Coesão

- Desmembrada ☐
- Separada ☐
- Ligada ☐
- Muito ligada ☐

Adaptabilidade

- Rígida ☐
- Estruturada ☐
- Flexível ☐
- Muito Flexível ☐

Tipo de Família

- Muito equilibrada ☐
- Equilibrada ☐
- Meio-term ☐
- Extrema ☐

● Funcionalidade da Família – percepção dos membros

Apgar Familiar de Smilkstein

Membro _____

Resultado

Família altamente funcional ☐

Família com moderada disfunção ☐

Família com disfunção acentuada ☐

Membro _____

Resultado

Família altamente funcional ☐

Família com moderada disfunção ☐

Família com disfunção acentuada ☐

Membro _____

Resultado

Família altamente funcional ☐

Família com moderada disfunção ☐

Família com disfunção acentuada ☐

Membro _____

Resultado

Família altamente funcional ☐

Família com moderada disfunção ☐

Família com disfunção acentuada ☐

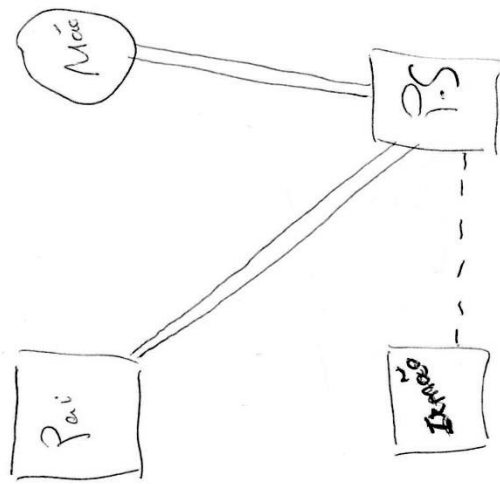
ANEXO II- ESCALA DE GRAFFAR (ADAPTADA)

Graus	Profissão	Instrução	Origem do Rendimento Familiar	Tipo de habitação	Local de Residência	Pontuação			Posição Social
						C/5 Itens	C/4 Itens	C/3 Itens	
1º	- Gr. Industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaços c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ↕ 9	4 ↕ 7	3	I Classe Alta Data / / _
2º	- Médicos Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores/ Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões Liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (sl/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior c/ duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 ↕ 13	8 ↕ 10	6	II Classe Média Alta Data / / _
3º	- Pequ. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau I) - Médicos agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais de anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/ cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ↕ 17	11 ↕ 13	7 ↕ 9	III Classe Média Data / / _
4º	- Pequ. Agricultores/ Rendeiros - Emp. Escritório (grau I) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F. A. ou militarizados de nível	- Escolaridade ≥ 4 anos 2 < anos	- Remuneração ≤ ao salário mínimo nacional ou Pensionistas Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ↕ 21	14 ↕ 16	10 ↕ 12	IV Classe Média Baixa Data / / _
5º	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RGM	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ↕ 25	17 ↕ 20	13 ↕ 15	V Classe Baixa Data / / _

ANEXO III- PSICOFIGURA DE MITCHELL

20.10.2014

Psicofigura de Mitchell



ANEXO IV- ESCALA DE APGAR DE SMILKSTEIN

Apgar Familiar De Smilkstein

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.		X	
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			X
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.		X	
TOTAL:			

Quase sempre: 2 pontos
 Algumas vezes: 1 ponto
 Quase nunca: 0 pontos

Avaliação final: 6

7 a 10 – Família altamente funcional
 4 a 6 – Família com moderada disfunção
 0 a 3 – Família com disfunção acentuada

ANEXO V- ESCALA DE READAPTAÇÃO FAMILIA DE HOLMES E RAHE

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

N.º	ACONTECIMENTO	Valor Médio
1	Morte de cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	(53)
6	Acidente ou doença grave	(53)
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de família	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança da situação económica	(38)
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	(25)
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	(19)
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de actividades religiosas	19
36	Mudança de actividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	(16)
39	Mudança no número de reuniões familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15
41	Férias	(13)
42	Natal	(12)
43	Pequenas transgressões à lei	11
TOTAL		

150-200: Menor probabilidade de incidência doenças

200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica

> 300: 8

ANEXO VI- ESCALA FACES II (ADAPTADA)

FACES II
Versão Portuguesa de Oflia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)

	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					X
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.			X		
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.			X		
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.			X		
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					X
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.		X			
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.		X			
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.			X		
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.			X		
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família		X			
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.		X			
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	X				
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.			X		
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.			X		
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.			X		
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.		X			
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.			X		
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.			X		
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.			X		
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.			X		
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.					X
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.			X		
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros			X		
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.			X		

25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros		X			
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.			X		
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.			X		
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	X				
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.		X			
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros		X			

Nota:

- 1- Quase nunca
- 2- De vez em quando
- 3- Às vezes
- 4- Muitas vezes
- 5- Quase sempre

ANEXO VII- ENTREVISTAS

ENTREVISTAS

Para concretizar a expressão de sentimentos que permitisse libertar as emoções, a ansiedade, ver-se e ouvir-se a si próprio, organizar o seu pensamento, e deste modo ver de forma mais clara o problema e mais facilmente procurar soluções, foi utilizada a entrevista semidirecta que permite a existência de um guia da entrevista e ainda promove a expressão de emoções da pessoa.

As entrevistas foram realizadas no serviço de HD depois do almoço. Optou-se por estas horas por se tratar de um momento habitualmente calmo e sem atividades grupais programadas.

P.S. chegou sempre pontualmente e desde o início foi estipulado o tempo de duração (cerca de 20 a 30 minutos) e explicado o motivo das mesmas. Escolheu-se a sala de atividades dos utentes que não estava a ser utilizada a essa hora, com ambiente calmo, evitando ao máximo os ruídos e influências externas, as cadeiras foram colocadas sensivelmente a 90º e apesar de existir uma mesa, ela serviu sempre apenas de apoio, não se entrepondo entre nós.

Foi também garantida ao cliente toda a confidencialidade da informação recolhida durante as entrevistas.

Foram também aplicadas testes e escalas que também serviram como mediadores da interação. Para todas elas foi explicado o seu intuito e obtido o consentimento do utente.

ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO INICIAL E DIAGNÓSTICO - 17-10-2014

Objetivos

- Recolher informação que permita planear cuidados apropriados
- Reconhecer dificuldades do ponto de vista do doente
- Compreender o problema, e/ou reconhecer os comportamentos difíceis
- Ajudar o doente a tomar consciência das dimensões do seu problema
- Assistir o doente a encontrar resoluções

Preparação prévia

Tive oportunidade de consultar o processo do cliente e saber qual o motivo de internamento e outros dados pertinentes, tendo depois agendado a primeira entrevista

Nesta entrevista foram colhidos os seguintes dados:

Identificação

- Idade- 35 anos
- D.N. 19-04-1979
- Sexo – Masculino
- Estado Civil- Solteiro
- Residência- Cacém
- Habilitações literárias- Licenciatura em Gestão
- Profissão- Desempregado

História Pessoal/de vida

P.S. é o segundo filho duma fratria de 2 de uma família estruturada. Vive com o Pai (78 anos) que era técnico de electromedicina e mãe (79 anos) que era doméstica, estando ambos reformados. O irmão (50 anos) vive sozinho, também solteiro e tem a profissão de segurança.

- **História peri-natal:** Filho de uma gravidez planeada e desejada, desconhece problemas durante a mesma. Parto eutócico de termo, no

hospital. Desconhece intercorrências neo-natais (pré ou pós natais). Refere aleitamento materno por período de tempo que não soube especificar.

- **Desenvolvimento psicomotor:** Sem alterações aparentes do normal desenvolvimento psicomotor.
- **Sintomas psicopatológicos na infância:** Nega sintomas psicopatológicos na infância, nomeadamente onicofagia, ecoprese, tiques ou alterações da alimentação e do sono. Sem alterações conhecidas no desenvolvimento psico-motor, refere que começou a andar e falar na mesma idade das outras crianças.

Descreve-se como uma criança sem amigos e não brincava muito. Tinha uma relação distante com os pais, que sempre tiveram uma postura rígida para com o próprio, não o deixando construir uma imagem de si próprio nem fazer opções relativas ao seu futuro, mesmo depois de adulto.

Verbaliza sentimentos de ser “um falhado” (SIC) e a sua vida emocional circula na órbita das figuras parentais, que lhe transmitem uma sensação de incapacidade desde a infância.

- **Sintomas psicopatológicos na adolescência:** Refere que afastava os colegas, que lhe quisessem fazer algo que o próprio nunca faria, como insultos ou brincadeiras de crianças, dos quais tinha medo, principalmente de ser ridicularizado.

Teve vários interesses por raparigas mas não investiu em relações por “medo do ridículo e de ser gozado” (SIC), altura em que se começa a isolar mais quer da família quer de potenciais colegas e amigos.

- **Percurso escolar:** Durante a escola primária quando fazia os trabalhos de casa o pai o insultava dizendo que era “burro” (SIC), sendo que a mãe adotava a mesma postura e ainda hoje em dia refere que ele “não sabe fazer nada” (SIC) e que mais vale ser ela a fazer.

Considera que o estudo era um “martírio” (SIC) e não fez amigos na escola nem no presente, adotando sempre a postura reservada já referida.

Reprovou o 10º e 12º ano e passou sempre no limite, que relaciona com a pressão dos pais.

- **Percurso laboral:** Quando acabou o 12º ano trabalhou 2 nos num armazém e depois por vontade dos pais foi para a faculdade e tirou o Curso de Gestão de empresas, terminando vários anos depois (em 2012), nunca tendo trabalhado na área, fazendo outros trabalhos pontuais.
- **Historia afetivo-sexual:** Aos 30 anos teve uma namorada durante três anos, acabando por terminar a relação em 2013. P.S refere que a mesma pertencia a uma religião, que não especifica, e tentou persuadi-lo a converter-se, assim como se refere a ela como “uma pessoa muito rígida”.

Atualmente a ex-namorada emigrou para Inglaterra e é a única pessoa com quem mantém um contacto mais profundo, através do envio de *e-mails*. Refere que é a única estratégia que tem para “desabafar” (SIC) e a sua única relação social no momento, A mesma está a par da doença de P.S. assim como o tem incentivado a sair do país para arranjar emprego. Esta hipótese, está no momento posta de parte por P.S. pois refere ter medo que volte “a depressão e as vozes” (SIC)

História de saúde

Antecedentes pessoais: Amigdalectomia aos 25 anos; Traumatismo crânio-frontal na infância, sem sequelas; Nega hábitos toxicófilos

Antecedentes psiquiátricos: Seguimento em Centro Integrado de Tratamento e Reabilitação em Ambulatório, em 2012 (de onde teve alta não medicado), por sintomatologia depressiva com anedonia. Tinha diagnóstico de Transtornos Neuróticos/ Transtornos da personalidade. Na altura medicado com Bupropiom e Haloperidol.

Após cerca de 6 meses a um ano sem medicação houve recorrência sintomática com angústia, anedonia e isolamento e recorreu a médica de família e psicologia do Centro de Saúde. Em Maio de 2014 iniciou tratamento com Fluoxetina, Cloxazolam e

Estazolam e substituiu depois a Fluoxetina por Bupropiom uma semana antes do internamento.

Desde então manteve marcado isolamento, insónias totais, alucinações acústico verbal, que se tornaram prejudiciais, tendo ficado nessa altura internado em psiquiatria de agudos.

Antecedentes familiares: Pai com patologia cardíaca não especificada e Asma; Avó e tia materna (já falecidas) com Patologia psiquiátrica não especificada.

Personalidade Prévia: P.S descreve-se como uma pessoa muito reservada e pouco comunicativa, e normalmente assume uma postura observadora, sendo pouco interativo e não estabelecendo relações sociais eficazes.

Apresenta evitamento e dificuldade em aprofundar e desenvolver certos temas ou acontecimentos de vida. Refere que normalmente e atualmente está isolado, tendencialmente tímido, reservado e observador. Ao longo da sua vida teve várias dificuldades na relação com os pais.

Motivo de internamento: PS foi referenciado a 02 de Julho, pela USF (pela médica de medicina geral e familiar após alerta dos pais) para observação psiquiátrica por *Síndrome Depressivo* arrastado, medicado e sem melhoria. Tinha isolamento no quarto há 3 dias, crises de choro, anorexia, emagrecimento e mau aspeto geral. Referia insónias, tendo deixado de fazer a rotina diária normal, agravando desde Dezembro quando ficou desempregado (era repositor numa superfície comercial). Foi Admitido no serviço no dia 25/07/2014 no serviço de internamento de psiquiatria de agudos de referência, através do S.U. com o Diagnóstico de admissão de *Estado paranoide* (alterações alucinatórias). Quadro marcado por angústia, não querer ouvir barulho.

História da doença atual: Desde Dezembro de 2013 que está desempregado e por os pais não estabelecerem relações com a restante família (tios; primos) tentou dissuadi-los a fazê-lo, não tendo conseguido e inclusivamente teve conflitos com os mesmos por esse motivo no período que precedeu o internamento. Iniciou quadro de clinofília marcada, anedonia e cansaço. Apresentava alucinações acústico-verbais (AAV), mas como se fossem pensamentos e estabelecia uma espécie de diálogo

interno com vozes, não sendo ofensivas ao princípio, mas nos últimos dias diziam coisas concordantes com o que os pais lhe diziam e com a avaliação que faz de si próprio ...”és uma porcaria...não vales nada... (SIC) e considerou-se a hipótese de P.S. estar perante um quadro depressivo, com reversão da agressividade para si próprio num contexto de dificuldades nas relações com os pais, não tendo no momento estratégias ou capacidades para as modificar. As defesas predominantes foram o isolamento dos afetos e evitamento. O seu medo principal é de ser “um falhado e um incapaz” (SIC).

Internamento: 25/07/2014 - No início do internamento fica com o diagnóstico de depressão em contexto de personalidade disfuncional com pseudoalucinações.“...Dizem que sou péssimo e mau, que não valho nada...às vezes surgem diálogos, dou comigo a pensar, a responder internamente em pensamento talvez...para se irem embora, para me deixarem em paz, quieto e sossegado...sinto-me para baixo...é qualquer coisa que para mim é estranho, não tem qualquer explicação, não tem cabimento nenhum...” (SIC) Não apresentou AAV de comando ou alterações do conteúdo do pensamento

No decorrer do internamento, sem AAV e sono regularizado, embora com pensamentos “já devia ter uma casa, um carro, uma carreira e não tenho absolutamente nada...tenho picos de energia mas depois surge uma dificuldade e cai tudo por terra...sou pouco motivado...(SIC).

Por melhoria do quadro, ausência de atividade psicótica teve alta a 04-08-2014, com o plano de integrar o HD, com o diagnóstico de *Perturbação Depressiva Major simples, moderada*.

Exame mental

- **Apresentação e postura** Idade real coincidente com idade aparente, aspecto geral descuidado mas com bom estado de higiene. Postura fletida, reflexiva, embora colaborante no acolhimento ao serviço; contacto sintónico.
- **Atividade Motora:** Ligeiramente lentificado durante a entrevista.
- **Discurso/linguagem:** Discurso em resposta, adequado quanto ao conteúdo.

- **Memória, Atenção e Concentração:** Atenção captável e fixável. Sem aparentes alterações da memória bem como da concentração. Capacidade de pensamento abstrato mantida bem como, da memória.
- **Estado de Consciência e Orientação:** Apresenta-se vígil; orientado no tempo, no espaço e na pessoa.
- **Atitude/comportamento:** Colaborante e adequado quanto às questões porém apresenta postura reservada e um certo evitamento
- **Humor:** Eutímico
- **Afeto:** Apresenta afetos ressonantes e moldáveis, expressando alguns sorrisos ao longo da entrevista
- **Pensamento:** Sem alterações quanto à forma, fluxo ou conteúdo
- **Percepção:** sem alterações
- **Insight:** Apresenta juízo crítico sobre a doença e internamento. Reconhece as manifestações psicóticas como anormais e a doença.
- Terminada a entrevista agradeceu e P.S. mostrou disponibilidade total para as próximas: “Obrigada e sempre às ordens” (SIC).

ENTREVISTA nº2- 20-10-2014

Objetivos

- Estimular a expressão de emoções/sentimentos
- Estabelecer de uma relação de confiança
- Perceber a precessão da própria doença e suas implicações no dia-a-dia
- Realizar conjuntamente o Ecomapa e Psicofigura de Mitchell

Questões

- Sabe que doença tem e o seu significado?
- Que consequências tem a patologia:
 - - No seu quotidiano e nas atividades
 - - Na relação e interação com os outros;
 - - No envolvimento com a família

Tratando-se da segunda entrevista a P.S apresentou uma postura mais relaxada, embora tenha mantido algumas reservas nas respostas às questões.

Relativamente à sua doença, respondeu que sabia o que tinha uma depressão mas que sempre fora “muito fechado” (SIC).

Ao aprofundar a questão P.S. demonstrou conhecimento sobre os sintomas de Depressão. Quando introduzi o tema das AAV, mostra-se mais reservado e uma ligeira inquietação. Tal como na primeira entrevista, refere “nunca disse isto a ninguém” (SIC) mas preparou-se para continuar a falar sobre o assunto, pelo que sinto que tenha sido o início do estabelecimento de uma relação de confiança.

Através da escuta ativa e reformulação da minha parte, o tema desenvolveu-se, sendo que P.S. refere que desde a infância que tem AAV “mas dentro da cabeça, como se fosse um diálogo interno comigo próprio” (SIC). Na adolescência a situação intensificou-se, coincidindo com um maior isolamento social.

Apenas no episódio atual, as referidas AAV, deixaram de ser diálogo e passaram a “chamar nomes e insultar, dizendo o que eu já sentia, que era um inútil, não tenho emprego...imprestável”. P.S refere também que nunca teve a percepção de vozes “fora da cabeça...sempre dentro da cabeça...mas agora eram más, mas não mandavam em mim, só chamavam nomes” (SIC).

Nesta altura foi reforçado que segundo o diagnóstico que lhe está atribuído possa haver sintomatologia psicótica associada, facto que P.S. referiu saber. Refere também que neste momento se sente mais motivado para o futuro e já não tem qualquer tipo de AAV, embora continue retraído.

Aqui inseri o tópico da influencia da doença no dia-a-dia, ao que o mesmo apenas respondeu “neste momento estou como que isolado do mundo” (SIC), e ficou em silencio.

Seguindo a linha de raciocínio propus a construção do Ecomapa e da Psicofigura de Mitchell, definindo os instrumentos e a sua finalidade, ao que o mesmo se mostrou prontamente disponível.

Estes instrumentos permitiram a construção em parceria, por serem mediadores que permitiram explorar as relações com pessoas e estruturas sociais, espaços e outros, de uma forma concreta e dinâmica.

Em relação ao Ecomapa, os círculos desenhados corresponderam a mãe, pai, irmão, ex-namorada, vizinhos, HD, trabalho, praia e curso de Informática que pensa frequentar após a alta.

Desta forma, P.S. refere que por vezes vai dar passeios à praia sozinho, sendo uma fonte de prazer e bem-estar definindo-o como “um escape “ (SIC).

As pessoas definidas com uma ligação forte e stressante e requerendo esforço e energia são os pais, “eles não entendem muitas coisas” (SIC).

Com a ex-namorada estabelece uma relação ténue/incerta, não stressante, que fornece apoio e energia. Volta a referir que mesmo longe é possível expressar sentimentos, sente compreensão e apoio.

Com os utentes do HD, assim como profissionais, vizinhos e irmão, estabelece uma relação fraca, não stressante e sem impacto, referindo “não interferem nos meus sentimentos embora goste deles” (SIC).

Ainda em relação ao círculo “passeios na praia”, foi abordado como uma estratégia de *Coping*, assim como o futuro curso a frequentar e procura trabalho no sentido de desenvolver um sentimento de utilidade ao qual P.S. concorda.

Agradei a sua colaboração e encerrando a entrevista, propus aprofundar o tema “estratégias de *Coping* e outros, ao que P.S. sorriu, levando-me a crer que seria do seu agrado.

ENTREVISTA nº 3- 22-10-2014

- **Objetivos**

- Estimular a expressão de emoções/sentimentos
- Fortalecer a relação terapêutica
- Aprofundar o conhecimento sobre estratégias de Coping e socialização

Questões

- O que sente em relação ao seu processo de socialização?
- O que acha que os outros pensam em relação a isso
- Que estratégias acha que o ajudariam?

Neste dia P.S. estava nitidamente com uma postura menos tensa, com sorriso mais espontâneo, embora ainda com uma postura reservada. Voltei a abordar os temas da entrevista anterior, nomeadamente as estratégias de Coping face à doença, como os passeios na praia e a expectativa de iniciar um curso e a procura de trabalho. Referi possíveis benefícios do curso a nível de ter objetivos, contactar com outras pessoas e uma mais-valia curricular. P.S. concorda e refere que em princípio começaria a 3 de Novembro de 2014, com satisfação e pela primeira vez senti determinação no que dizia querer fazer, referindo sentir motivação para tal.

Neste seguimento introduzi o assunto “socialização” em que obtive a mesma resposta anterior: “Neste momento estou como que isolado do mundo” (sic). Pelo que perguntei se queria explicar melhor essa afirmação e as suas razões. P.S. refere que em casa normalmente está isolado, porque sente que não há possibilidade de expor sentimentos aos pais e os mesmos também não o incentivam a frequentar outras atividades sociais e “vou-me deixando ficar...mas estou bem”.(SIC).

Decidi aprofundar este assunto usando como mediador o preenchimento da escala de Apgar Familiar de Smilkstein, em que conversámos sobre a mesma, especialmente sobre os tópicos relativos à satisfação de como a família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos e como discute os assuntos de interesse comum e os partilha com P.S. O mesmo refere inclusivamente que os pais ponderam mudar de residência e não o consultam, assim como não tomam em conta se está mais irritado

ou mais triste, assim como não manifestam afeição. Aqui P.S. encolhe os ombros e ri-se, como que resignado com essa situação.

Perguntei no seu entender, se haveria uma razão para tal, ao que também encolhe os ombros e referiu que já o irmão tinha saído de casa por conflitos com os pais e que também sentia que devia ter uma família sua, uma casa, um emprego e não tinha nada disso, mas também não tinha grande explicação para o rumo que tomou a sua vida e para a própria doença mental em si.

Outra escala utilizada foi a de Readaptação Social de Holmes e Rahe, que identifica exatamente acontecimentos de vida que possam estar na origem de doenças na família.

Achei que seria o momento oportuno para introduzir os tópicos dessa escala, propondo o seu preenchimento, em que os acontecimentos de vida que P.S. considera são: morte de um familiar próximo (explicou-me que era uma tia paterna que também tinha uma doença mental e que gostava muito dela), acidente ou doença grave (dá grande importância a um acidente na infância em que chocou com outra criança enquanto corria, fazendo um traumatismo da frontal), mudança da situação económica e das condições de vida, mudança de escola, mudança nos hábitos de sono (referindo-se às insónias que teve no episódio atual de doença), férias e Natal (refere que nas férias e no Natal era quando se isolava mais porque passava mais tempo em casa). Após esta conversa fico com a sensação que P.S. tem necessidade de falar mais sobre a sua família e como a mesma o condiciona enquanto pessoa, estando na origem dos vários focos de enfermagem, nomeadamente a socialização e autoestima. Por já ter passado mais tempo que o estipulado propus nova entrevista e aprofundamento da situação, o que aceitou. Agradei a colaboração

NOTA- Imediatamente após a entrevista e já na ausência de P.S foram efetuados os cálculos das escalas com os seguintes resultados:

- Apgar Familiar De Smilkstein - "Família com moderada disfunção".
- Readaptação Social de Holmes e Rahe- "Família com 50% de adoecer por algum tipo de doença física ou psíquica

ENTREVISTA nº4- 24-10-2014

Objetivos:

- Compreender como a família interfere na sua vida
- Estimular a expressão de emoções/sentimentos
- Fortalecer a relação terapêutica
- Aumentar a capacidade de socialização e autoestima
- Aprofundar estratégias de Coping

Questões

- Como se sente em casa?
- Que estratégias acha que necessita desenvolver para melhorar a sua vida social

Neste dia P.S. vinha descontraído, com sorriso espontâneo e disse “vamos lá Srª Enfermeira” (SIC). Respondi que sim, sentindo a receptividade e diria mesmo importância, destas “conversas” para ele.

Numa tentativa de continuar a aprofundar qual o papel de P.S. no agregado familiar, questionei simplesmente se o mesmo tinha necessidade ou desejava falar em algo em especial. O utente ficou em silêncio uns segundos, que não interrompi. Disse por fim que o que o que tínhamos falado em entrevistas anteriores tinha-o posto “a pensar na vida” (SIC) e hoje era claro que havia dois problemas principais na sua vida e inclusivamente podiam estar na origem da sua forma de ser, que eram, a relação com os pais e a atitude que estes tinham para com ele e a sua dificuldade em “fazer amigos e colegas” (SIC).

Tentei compreender um pouco mais a dinâmica familiar, em que o utente volta a referir que tem dificuldades em expressar a sua opinião em casa e que nem sempre tem uma palavra a dizer no que diz aos seus próprios projetos de futuro e por vezes não se sente bem com as soluções que os pais encontram para ele, embora o curso que vai frequentar tenha sido por sua iniciativa.

Refere também que costuma evitar o contacto com os pais, embora respeite as regras, como juntarem-se à refeição e outras decisões, acabando por as aceitar para evitar conflitos. Neste seguimento foi aplicada a escala FACES II, trabalhando exatamente estas questões.

Quando questionado sobre como consegue “dar a volta” a essas situações, as estratégias são o “desabafar com a ex por *mail*...conduzir até à praia e ficar lá sozinho” (SIC), e segundo o utente acabam por ser eficazes, mas talvez não suficientes. P.S. reconhece também a importância de estar com outras pessoas, referindo que “talvez o curso abra as portas para isso” (SIC). Neste momento fiz um reforço positivo perante este discurso, pois se inicialmente havia a resignação em estar “isolado do mundo”, hoje conseguia identificar estratégias de Coping e reconhecer algumas estratégias para aumentar a sua socialização. Quanto a mim, penso ter sido uma pequena vitória para P.S.

Perguntei como estava a sua autoestima naquele momento. O utente sorriu e disse “eu precisava era falar”...as outras atividades que temos feito em grupo também ajudam (SIC). Aqui, refere-se a intervenções de Enfermagem, as quais também vão de encontro ao plano de cuidados estabelecido, onde entre outros, os focos de enfermagem são a autoestima e a socialização.

P.S refere que se sente melhor, que o Hospital Dia, as atividades e estas “conversas” com os vários profissionais de saúde o tornam mais confiante e como a sua alta está para breve, sente-se “com mais força” (SIC).Tendo em conta a alta breve, propus na próxima sessão (e talvez última, dado a incerteza do dia efetivo da alta) em que falaríamos exatamente desta e também propus o teste, nessa mesma entrevista, que concordou.

NOTA- Imediatamente após a entrevista e já na ausência de P.S foram efetuados os cálculos da escala FACES II com os seguintes resultados:

Coesão da família- Família ligada

Adaptabilidade da família- Família estruturada

Tipo de família- Meio-termo (em relação à coesão e adaptabilidade)

ENTREVISTA nº5- 28-10-2014

Objetivos

- Compreender os objetivos futuros
- Estimular a expressão de emoções/sentimentos
- Preparar para a alta
- Implementar teste H-T-P (*House* - casa, *Tree* - árvore, *Person* - pessoa) e escala de *Graffar* (adaptada)

Questões

- Quais os seus desejos e planos para o futuro?
- Como vê o seu futuro com esta doença?

Considero importante referir que no decorrer desta semana, achei P.S. com uma relação mais próxima, sendo que durante a atividade “Exercício físico” onde fomos em grupo fazer uma caminhada até à Cidade Universitária, fomos a maior parte do tempo a conversar, de coisas triviais e do dia-a-dia e o discurso de P.S. era espontâneo, contacto não evitante e fácies expressivo e sorridente, denotando-se uma visível melhoria naquele momento.

Nesta entrevista iniciei as perguntas de acordo com o pré-definido, encaminhando a temática para os projetos futuros e de como iria ser a sua vida após a alta do Hospital Dia. Afirmou estava entusiasmado com o curso de informática.

Quando abordado sobre os seus projetos para o futuro em articulação com o seu problema de saúde como a toma da medicação, respondeu que iria manter o seguimento em consulta psiquiátrica, que reconhecia ser importante. Quanto à medicação, referiu que “é um hábito que já interiorizei e que é preciso fazer senão... (SIC) ...silêncio.

Perguntei qual era o seu receio, ao que P.S. adotou um semblante mais sério. “Senão volta a doença, a inércia e as vozes é o que mais receio” (SIC).

Foi-lhe explicada novamente a sua importância da toma da terapêutica instituída não para permitir manter o seu quotidiano o mais normal possível. Abordei também a importância de estar alerta para sintomas de recaída, e o utente demonstra conhecimento sobre os mesmos e reconhece a importância da sua deteção atempada.

P.S nesta altura disse “ gostaria de confessar uma coisa... vejo que no grupo existem pessoas que recaíram e estão cá outra vez... tenho muito medo de voltar a ouvir as vozes...(SIC). Neste momento fomos interrompidos pela entrada de um funcionário na sala, o que não foi benéfico pois interrompeu P.S. numa altura fulcral. Após este incidente, retomei a conversa sobre a prevenção da recaída, no entanto fico com a sensação no fim da entrevista que este “medo das vozes” incomoda P.S., no entanto o mesmo refere saber a importância da autovigilância e deteção atempada da sintomatologia depressiva e psicótica.

Quanto à socialização P.S. espera que no curso se proporcionem mais momentos de socialização e refere que irá manter o contacto com a ex-namorada e os passeios na praia, estes últimos como estratégia de reflexão sobre si mesmo.

Foi questionado por fim, se tinha necessidade ou desejava conversar sobre algo mais, ou aprofundar qualquer outro tema, respondendo que não sentia essa necessidade. Na dúvida sobre a data da alta, esta entrevista foi dada como a última, mas com a ressalva, de que se poderia agendar outra se o internamento se prolongasse ou houvesse alguma necessidade da sua parte.

Despedimo-nos com aperto de mão e com um “até já”, sendo que nos iríamos encontrar novamente na atividade de Enfermagem, e no fundo, continuar a intervir nas necessidades detetadas em plano de cuidados.

No fim foram aplicados o teste H-T-P (**H**ouse - casa, **T**ree - árvore, **P**erson - pessoa) e escala de Graffar (esta última situando a família na posição social III- Classe Média).

Apêndice XIV- Plano da sessão de formação em serviço

Plano da sessão de formação em serviço

Formador	E.E.E. Maria João Raimundo
Local	Serviço de internamento psiquiátrico de agudos
Data	26 de Janeiro de 2015
Temática	Geral O conforto em enfermagem Específica Avaliação da qualidade dos cuidados de conforto no serviço de internamento de agudos
População alvo	Equipa de enfermagem do serviço
Objetivos de aprendizagem	Geral Conhecer a evidência sobre o conforto em enfermagem Específicos Definir conforto Descrever os diferentes tipos de conforto em enfermagem Conhecer como são prestados os cuidados de conforto no serviço Refletir sobre como pode ser melhorada a qualidade dos cuidados de conforto prestados
Conteúdos	Global O conforto em enfermagem Específico Teoria do conforto de Katherine Kolcaba O conforto no doente mental internado FMEA e avaliação da qualidade dos cuidados de conforto
Metodologia	Passiva - método expositivo Ativa - Partilha e discussão
Material	Retroprojektor PC
Avaliação	Direta - através da partilha
Introdução	Apresentação pessoal Apresentação do tema
Desenvolvimento do conteúdo	Apresentação do Powerpoint
Conclusão	Reforço das ideias centrais Discussão- dúvidas e propostas relativas à FMEA apresentada Agradecimento e despedida

ANEXOS

ECIP: Escala para avaliação do conforto em doentes internados em Serviços de Clínica Psiquiátrica

Abaixo encontram-se algumas afirmações que podem corresponder à situação de maior ou menor conforto/desconforto que sente neste momento. Por favor, indique até que ponto cada uma das afirmações correspondem (ou não) ao que verdadeiramente se passa consigo.

Por favor responda a cada afirmação assinalando com um círculo à volta do número.

Não corresponde nada ao que se passa comigo	Corresponde pouco ao que se passa comigo	Corresponde bastante ao que se passa comigo	Corresponde muito ao que se passa comigo	Corresponde totalmente ao que se passa comigo
c	d	e	f	g

AL_Fisi 1*	Sinto a boca e a garganta secas	c	d	e	f	g
AL_ambi 2*	A agitação e o barulho do serviço perturba-me	c	d	e	f	g
Al_soci 3*	Sinto-me rejeitado pela minha família	c	d	e	f	g
TQ_Psic 4	Sinto-me bem com o mundo	c	d	e	f	g
AL_Soci 5	Costumo receber aqui visitas e ou telefonemas	c	d	e	f	g
AL_Ambi 6	As actividades que aqui faço ajudam-me a melhorar	c	d	e	f	g
TQ_psic 7	Sinto-me satisfeito com as minhas relações íntimas	c	d	e	f	g
Al_ambi 8	A limpeza e asseio deste local ajudam-me a melhorar	c	d	e	f	g
TQ_Ambi 9	Este lugar traz-me calma	c	d	e	f	g
AL_psic 10*	A minha vida deixou de ter sentido	c	d	e	f	g
Al_Fisi 11*	Sinto tremores no corpo	c	d	e	f	g
TR_psic 12	Sinto-me livre	c	d	e	f	g
TQ_psic 13	Sinto-me bem comigo mesmo	c	d	e	f	g
TQ_soci 14	Sinto que se precisar tenho pessoas que me ajudam	c	d	e	f	g
TQ_soci 15	Tenho confiança nos profissionais que me tratam	c	d	e	f	g
Al_Psic 16*	Este internamento está a ser difícil de suportar	c	d	e	f	g
TQ_Psic 17	A minha fé dá-me paz de espírito	c	d	e	f	g
AL_Psic 18*	Estou incomodado por me acharem diferente das outras pessoas	c	d	e	f	g
TQ_ambi 19	Tenho facilmente acesso às minhas coisas (haveres pessoais)	c	d	e	f	g
TR_Fisi 20	Sinto que vou ter energia para trabalhar	c	d	e	f	g
TR_psic 21	Sinto-me capaz de colaborar no meu tratamento	c	d	e	f	g
AL_fisi 22*	Sinto dores no corpo	c	d	e	f	g

TQ_ambi	23	Sinto-me protegido neste lugar	c	d	e	f	g
TR_soci	24	Se necessitar, sou capaz de pedir ajuda aos outros	c	d	e	f	g
TQ_soci	25	Estou satisfeito com as minhas relações pessoais	c	d	e	f	g
TR_fisi	26	Sinto que vou ficar fisicamente bem	c	d	e	f	g
TQ_ambi	27	O que me rodeia é agradável	c	d	e	f	g
TQ_psic	28	Sinto paz de espírito	c	d	e	f	g

Não
corresponde
nada ao que se
passa comigo

Corresponde pouco
ao que se passa
comigo

Corresponde
bastante ao que se
passa comigo

Corresponde muito
ao que se passa
comigo

Corresponde totalmente
ao que se passa comigo

c

d

e

f

g

AL_fisi	29*	Sinto-me preso dos movimentos	c	d	e	f	g
TQ_soci	30	Sinto que as pessoas aqui me compreendem	c	d	e	f	g
TQ_ambi	*31	Há regras neste serviço que me perturbam	c	d	e	f	g
AL_fisi	32*	Sinto-me nauseado/enjoado	c	d	e	f	g
TR_ambi	33*	Sinto-me preso aqui	c	d	e	f	g
TQ_fisi	34	Sinto-me com força física	c	d	e	f	g
TR_psic	35	Sinto que vou conseguir resolver os meus problemas	c	d	e	f	g
TQ_soci	36	Sinto que posso confiar nas outras pessoas	c	d	e	f	g
AL_fisi	37*	Tenho dificuldade em dormir	c	d	e	f	g
TQ_Soci	38*	Necessito de ser melhor informado sobre a minha doença	c	d	e	f	g
AL_psic	39*	Sinto-me fora de controlo	c	d	e	f	g
AL_soci	40	As minhas relações pessoais têm melhorado	c	d	e	f	g
TR_ambi	41*	Sinto que o meu lugar não é aqui	c	d	e	f	g
TR_Soci	42	Sinto que vou ser capaz de contribuir para o sustento da	c	d	e	f	g
AL_ambi	43	Acho que este lugar é arejado	c	d	e	f	g
TQ_fisi	44	Sinto-me bem fisicamente	c	d	e	f	g
TR_psic	45	Sinto-me capaz de dar um rumo à minha vida	c	d	e	f	g
TQ_ambi	46	Sinto que é fácil deslocar-me neste ambiente	c	d	e	f	g
TR_ambi	47	Tenho privacidade suficiente	c	d	e	f	g
AL_psic	48*	Sinto medo	c	d	e	f	g
TQ_fisi	49	Sinto o meu corpo relaxado	c	d	e	f	g
TQ_psic	50	Sinto-me confiante	c	d	e	f	g
TR_soci	51	Sinto-me capaz de restabelecer as minhas relações pessoais	c	d	e	f	g

* Item invertido

(AL_fisi) - Alívio físico: 1, 11, 22, 29, 32, 37.

(AL_psic) - Alívio psíquico: 10, 16, 18, 39, 48.

(AL_soci) - Alívio socio-cultural: 3, 5, 40.

(AL_ambi) - Alívio ambiental: 6, 2, 8, 43.

TQ_fisi) - Tranquilidade física: 34, 44, 49.

(TQ_psic) - Tranquilidade psíquica : 4, 7, 13, 17, 28, 50.

(TQ_soci) - Tranquilidade sociocultural: 14, 15, 25, 30, 36, 38,

(TQ_ambi) - Tranquilidade ambiental: 9, 19, 23, 27, 31, 46,

(TR_fisi) - Transcendência física: 20, 26.

(TR_psic) - Transcendência psíquica: 12, 21, 35, 45.

(TR_soci) - Transcendência sociocultural: 24, 42, 51.

(TR_ambi) - Transcendência ambiental: 33, 41, 47,

AL: Relief; TQ: Ease; TR: Transcendence;

Anexo II- Escala de Avaliação de Espiritualidade em Contexto de Saúde

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ESPIRITUALIDADE EM CONTEXTO DE SAÚDE

ESPIRITUALIDADE (Pinto C & Pais-Ribeiro JL)

As frases / expressões seguintes referem-se à sua espiritualidade / suas crenças pessoais, e ao modo como elas afectam a sua qualidade de vida. Por favor, marque com uma **X** aquela opção que melhor expressar a sua opção, na última semana. Não existe resposta certa ou errada.

	Não concordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Plenamente de acordo
1 - As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida	1	2	3	4
2 - A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis	1	2	3	4
3 - Vejo o futuro com esperança	1	2	3	4
4 - Sinto que a minha vida mudou para melhor	1	2	3	4
5 - Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida	1	2	3	4

Anexo III- Escala da Autoestima de Rosenberg

ESCALA DA AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Este questionário é constituído por várias afirmações que se relacionam com o modo como cada pessoa se vê a si própria. A partir da seguinte escala, assinale com um círculo o seu grau de acordo ou desacordo para cada afirmação, assinalando a opção de resposta que melhor o descreve.

Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Acho que sou uma pessoa digna de estima, pelo menos a mesma que os demais

(1) (2) (3) (4) (5)

Tenho tendência a sentir que sou um(a) fracassado(a) em tudo

(1) (2) (3) (4) (5)

Acho que tenho muitas qualidades boas

(1) (2) (3) (4) (5)

Sou capaz de fazer as coisas tão bem, como a maioria das outras pessoas

(1) (2) (3) (4) (5)

Acho que não tenho muitos motivos para me orgulhar de mim mesmo/a

(1) (2) (3) (4) (5)

Tenho uma atitude positiva perante mim mesmo/a

(1) (2) (3) (4) (5)

No geral estou satisfeita/o comigo mesmo/a

(1) (2) (3) (4) (5)

Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo/a

(1) (2) (3) (4) (5)

Às vezes sinto-me realmente uma pessoa inútil

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
-----	-----	-----	-----	-----

Às vezes penso que não sou grande coisa

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
-----	-----	-----	-----	-----

(Rosenberg, 1965; Adaptado por Santos & Maia, 1999, 2003)

Anexo IV- Contrato terapêutico do HD



Contrato Terapêutico

O Hospital de Dia é um serviço de internamento a tempo parcial que compreende a aplicação de um plano terapêutico individualizado e explícito.

As atividades são efetuadas em grupo e têm finalidades diagnósticas e terapêuticas, para resolver os problemas do utente, em vista à sua reintegração familiar, social e profissional/formativa.

A integração no plano de tratamento do Hospital de Dia implica um livre compromisso entre o utente e a equipa terapêutica, o qual pressupõe a aceitação dos seguintes pontos:

O horário de funcionamento do Hospital de Dia é das 9 às 16 horas, de segunda a sexta-feira. O horário de atividades poderá ser alterado pela equipa técnica sempre que necessário.

As atividades propostas são de frequência obrigatória.

As atividades realizadas são efetuadas sempre na presença e sob orientação de um ou mais técnicos.

Cada utente terá um técnico de referência, que deve ser consultado sempre que for necessário ter um apoio individual.

A equipa está obrigada ao segredo profissional.

O utente não deve divulgar fora do Hospital de Dia qualquer informação relativa às pessoas em tratamento.

Apenas poderá ausentar-se da área do Hospital de Dia com conhecimento e acordo prévios da equipa.

Não são permitidas vendas, trocas e empréstimos de objetos ou dinheiro entre os utentes.

Cada utente é responsável pelos seus bens, não se responsabilizando o Hospital de Dia pelo seu eventual desaparecimento.

Só é permitido fumar no espaço reservado para o efeito e apenas no intervalo entre atividades.

Não é permitido o uso de drogas. Um despiste analítico poderá ser solicitado, em qualquer ocasião, por motivos clínicos.

O utente deverá ajustar os seus comportamentos às normas socialmente aceites.

Sempre que seja impossível a sua comparência no Hospital de Dia, deve avisar até às 9:30 horas, desse mesmo dia, para o telefone:

Sempre que a sua não comparência seja motivada por algum compromisso institucional, deve trazer o comprovativo.

O almoço é fornecido pelo Hospital de Dia através de uma senha a utilizar no restaurante dentro do ...

A medicação é fornecida e controlada pela farmácia hospitalar.

Não é permitida a utilização de telemóveis durante as atividades.

As relações de namoro entre os utentes do Hospital de Dia não devem acontecer durante o período de internamento.

O incumprimento das regras acima descritas poderá determinar medidas disciplinares, que poderão incluir desde suspensão do tratamento até alta.

Eu, _____, compreendi e aceito as regras acima definidas, e assino este contrato na presença do meu técnico de referência.

O Utente

O Técnico de Referência

Data: ____ de _____, de 20____

Anexo V- Programa de atividades do HD- Grupo II

Grupo 2 Hospital de Dia Enf. Vânia, T.O Ana, Dr.Guilherme

	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
	Terapêutica	Terapêutica	Terapêutica	Terapêutica	Terapêutica
9:00/9:30	Grupos 1 e 2	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo
9:30/10:00		Enfermagem	DançaTerapia	T.O	Psicologia
10:00/11:00		Intervalo			Intervalo
11:00/11:30	Intervalo	Intervalo			Enfermagem
11:30/12:30	Serviço Social	Enfermagem	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO
12:30/13:30	ALMOÇO	ALMOÇO			
13:30/14:30	TO	Psicologia	Psicologia	Enfermagem	
14:30/14:45	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Enfermagem
14:45/15:45	TO	TO	Psicologia	Enfermagem	

**Anexo VI- Guia da sessão de relaxamento muscular progressivo de Jacobson
adaptado utilizado no HD**

Descrição da técnica: Adaptada de Payne (2000)

Inicialmente foi preparado o ambiente: Baixa luminosidade e música calma (de forma a criar um ambiente mais agradável, sereno para facilitar o relaxamento do grupo), assegurar a ausência de ruídos e interrupções (para permitir a concentração do grupo).

Será pedido aos participantes que se deitem confortavelmente, de barriga para cima, com os braços estendidos ao longo do corpo, com as pernas descruzadas e que fechem os olhos.

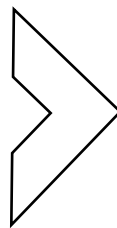
ETAPAS DO EXERCÍCIO:

Coloquem-se o mais confortável possível ... descansem as pernas ... podem manter os olhos abertos ou fechá-los se o desejarem...

Dirijam a vossa atenção para a respiração... respirem lentamente, deixando a ar entrar pelo nariz ... chegar aos pulmões ... e sair pela boca suavemente ... deixem que a respiração siga o seu ritmo natural: suave e lento ... tornando-o ainda mais suave e mais lento...

Agora vão respirar lentamente, fazendo uma

inspiração profunda (3'')
uma pausa (2'') 2 vezes
e uma expiração profunda (3'')



Retomem o ritmo de respiração natural: calmo, lento, descontraído.

Agora dirijam a vossa atenção para os **músculos da face**... levanten as sobrancelhas, franzindo a testa com força (10'') descontraíam e sintam o relaxamento a espalhar-se... agora vão fechar os olhos com força, vão franzir o nariz com força (10'') descontraíam e

sintam o relaxamento espalhar-se... agora vão contrair os maxilares com força ... apertem os dentes com força (10'') descontraíam... descerem os dentes... sintam a língua na boca, sintam a saliva... sintam o relaxamento espalhar-se pelos músculos da face.

respiração

Agora vão contrair os **músculos do pescoço**, empurrando o queixo para baixo com força (10'') sintam a tensão no pescoço... descontraíam e sintam o relaxamento espalhar-se... agora vão encolher os ombros com força (10'') ... descontraíam, deixem cair os ombros... sintam o relaxamento espalhar-se.

respiração

Agora vão contrair os **músculos das costas**... comprimam os músculos contra o chão com força (10''), relaxem... sintam o relaxamento espalhar-se...

respiração

Agora vão contrair os **músculos dos braços**...estiquem os braços... fechem as mãos em punho e contraíam as mãos com força... contraíam os braços com força... (10'') agora relaxem, deixem cair os braços... abram as mãos... afastem os dedos um a um... descontraíam... sintam as mãos... os braços relaxarem.

respiração

Agora dirijam a vossa atenção para os **músculos do abdómen**, vão contrair os músculos do abdómen, encolhendo a barriga com força (10'') relaxem... sintam o relaxamento espalhar-se...

respiração

Agora dirijam a vossa atenção para os **músculos das pernas**, vão contrair os músculos das pernas, empurrando os dedos do pé para cima com força (10'')... descontraíam ... sintam as pernas... os pés a tornarem-se descontraídos.

respiração lenta (7'')

respiração profunda 2 vezes

Ao expirarem é como se deitassem para fora todas as tensões e problemas...

estão calmos... descontraídos...repousados...sintam essa calma... (7'')

Após todos estes exercícios, cabe ao terapeuta finalizar a sessão de relaxamento e permitir que o indivíduo volte gradualmente á atividade normal, desta forma, deverá, de forma gradual, lentamente instruir os participantes a abrir os olhos e tomar consciência da sala:

Terapeuta – agora...lentamente...com calma...abra os olhos...vá tomando novamente consciência da sala onde se encontra. diga a si próprio que quando despertar sentir-se-á revigorado e alerta. feche e abra as mãos lentamente. dobre e estique os braços algumas vezes... e de seguida repita o exercício com as pernas. alongue, de forma suave, todo o teu corpo...vire-se de lado e finalmente e muito lentamente pode assumir a posição de sentado.

Para concluir, pedir para descreverem numa palavra como se sentem para prosseguirmos com a partilha.

